REPERE PRACTICE
în
PASTORAŢIA PERSOANELOR CARE SUFERĂ DE DEPRESIE

Apariția acestui scurt îndrumar este rodul unei inițiative comune a Departamentului de Statistică și Cercetare și a Departamentului de Tineret din cadrul Arhiepiscopiei Iașilor.

La realizarea lucrării, au contribuit:
Arhim. Nicodim Petre
Pr. Mihai Mărgineanu
Pr. Dumitru Carp
Conf. univ. dr. Radu Andrei, medic primar psihiatru
Dumitru Dulgheru, sociolog și statistician

ISBN: 978-606-666-837-8

REPERE PRACTICE
în
PASTORAŢIA PERSOANELOR CARE SUFERĂ DE DEPRESIE

Ghid tipărit cu binecuvântarea
Înaltpreasfințitului
TEOFAN
Mitropolitul Moldovei şi Bucovinei

Doxologia
Iaşi, 2019

I. Duhovnicul şi provocarea tratării depresiei

Pr. Mihai Mărgineanu
Pr. Dumitru Carp
Sociolog Dumitru Dulgheru

Frapant în orice cadru spațio-temporal este nefirescul suicidului, care este – și în zilele noastre – o temă importantă atât pentru rațiune și morală, cât mai ales pentru spiritualitatea umană. Din păcate, la fiecare deceniu din ultima jumătate de secol se constată o creştere alarmantă a procentului celor care suferă de depresie. Răspândirea acestui fenomen nu poate trece neobservată, și ne pune în situația de a căuta mijloace pentru a rezolva problema depresiei și a ameliora sănătatea psihică și duhovnicească.

Pe linia acestor preocupări, în lumea largă se cercetează fapte și se elaborează teorii, se confruntă diferite repere și indicatori, se măsoară ipoteze cauzale, toate acestea fiind orientate intențional către diminuarea frecvenței suicidului, la care duce de multe ori depresia. Biserica, mai cu seamă, depune un efort susținut de îndepărtare sau diminuarea păcatului luării propriei vieți. Mijlocul cel mai eficient este scaunul Spovedaniei, deoarece permite contactul personal şi, de asemenea, acel cadru intim, care dă depresivului posibilitatea de a-şi deschide sufletul. Dacă depresivul este considerat a fi propriul său duşman, iată că – ţinând cont şi de lucrarea harului dumnezeiesc – Spovedania poate constitui un prim pas în ridicarea din starea de depresie a depresivului.

Acestui univers de preocupări i se contrapun însă – parcă inevitabil – faptele consumate în cotidianul imediat, cele ce reies cel mai adesea în prim-planul mediatic și care se transformă după un timp în sumbre cifre statistice. Astfel, conştiinţele – cea personală, dar și cea colectivă – sunt adesea marcate de știrile negre care îndoliază familii și prieteni sau care provoacă perplexitate și suferință în mediile comunitare și societale.

Științele medicale și umaniste – psihiatria, psihologia sau sociologia – alipesc depresiei actul sinucid, încercând să determine punctele nodale ale traseului cauză-evoluție-efect. Din acest unghi de vedere, vom descoperi lucrări cu descrieri factuale detaliate, teze sau paradigme explicative, dar rareori vom găsi și acele abordări duhovnicești de prevenție sau intervenție, cu modele de lucru aplicabile concretului.

În acest sens – pentru o mai bună înțelegere a fenomenologiei depresiei – am apelat la punctele de vedere a doi dintre experimentații duhovnici din eparhia noastră – P.C. Pr. Mihai Mărgineanu (Parohia „Toma Cozma", Iași) și P.C. Pr. Dumitru Carp (Parohia „Pogorârea Sfântului Duh", Iași). Pentru a ne ghida în complicatul univers sufletesc pe care depresia îl are asociat sau pe care îl generează, am punctat într-o manieră interogativă câteva dintre cele mai importante și des întâlnite probleme în practica duhovnicească.

Cum ne dăm seama din scaunul de spovedanie dacă în fața noastră se află o persoană depresivă? Și cum separăm cazurile obișnuite de cele care necesită o atenție specială?

Pr. Mihai Mărgineanu: Ca orice boală, depresia comportă diferite grade și modalități de manifestare. Ținând cont de acest aspect, se poate spune că un procent destul de mare dintre cei care se adresează duhovnicului prezintă simptome specifice depresiei. Pentru acest motiv, duhovnicul trebuie să privească pe fiecare ucenic ca pe un caz particular, dată fiind și unicitatea persoanei. În același timp, chiar dacă se constată anumite manifestări de tip depresiv, trebuie să îl privească ca pe un om sănătos; sau măcar să construiască dialogul pornind de la premisa că are la spovedit un om sănătos, care însă are nevoie de ajutorul lui Dumnezeu și de sprijinul duhovnicului. E de recomandat ca duhovnicul să îi arate penitentului depresiv că îl consideră și abordează ca pe un om sănătos. A aprecia pe penitent ca bolnav de depresie – chiar și în gând, fără a-i spune – poate deteriora semnificativ calitatea relației dintre duhovnic și ucenic. Singurele elemente care ar trebui să facă diferența trebuie să fie timpul alocat și răbdarea în a-l asculta.

Depresivul e mereu în căutarea unui om față de care să „își verse oful", lucru evidențiat și de starea de nervozitate cu care își așteaptă rândul la spovedit. Astfel, preotul duhovnic poate deveni „victimă sigură" dacă nu reușește să „emane" bunătate. Dar este important și să păstreze limitele „academice" ale dialogului cu ucenicul, dialog bazat pe respect, politețe, bunăcuviință și mai ales pe ascultare reciprocă; de acestea depinde „disciplina" unui dialog uman.

Penitentul depresiv îți dă sentimentul că se află în antecamera deznădejdii, fiind profund marcat de o tristețe caracteristică. Este marcat de dorința de a vorbi cât mai mult despre propriile neputințe, suferințe, frustrări, fără să aibă în vedere starea celor din jur. Are tendința egoistă și insistența în a-l reține pe preot cât mai mult la spovedanie, ignorând pe ceilalți penitenți, sau chiar urmărind – prin aceasta – a arăta celorlalți că situația sa e mult mai complicată decât a lor.

Cel care suferă de depresie primește cu greu observațiile sau mustrările; este deranjat de „întrebările incomode". Așteaptă să i se pună întrebările pe care le-ar dori el. Din acest motiv, duhovnicul ar putea să formuleze întrebările astfel încât să genereze și alte întrebări în mintea penitentului; sau – pornind de la compasiunea pentru necazurile penitentului – să încerce împreună să identifice cauzele, ori să găsească răspunsuri în acord la întrebări.

Din mulțimea și varietatea de manifestări ale depresivului în fața duhovnicului, aș selecta două: acuza îndreptată împotriva altora și vorbirea exagerată despre sine în manieră cosmetizată. De aceea, cu multă delicatețe și abilitate, duhovnicul trebuie să întrerupă „recitalul" penitentului, pentru a se putea concentra spre problemele adevărate și concrete; este riscant să rămânem pe roadele imaginației celui depresiv.

Dată fiind adresabilitatea de care se bucură duhovnicul, este recomandat ca – făcând uz de propria experiență – să identifice și să semnaleze penitentului simptomele depresiei atunci când această afecțiune se află în faza incipientă, respectiv, când totul pare normal. Contează însă şi modul în care înţelege duhovnicul să intervină. Experienţa duhovnicească îşi spune cuvântul, dar să nu uităm şi de puterea rugăciunii.

Cum pot fi îmbunătățite cunoștințele duhovnicului cu privire la depresie și depresivi?

Pr. Dumitru Carp: Este de la sine înțeles că un preot nu va putea pune niciodată un diagnostic psiho-medical. fără a fi pregătit în acest sens și fără a studia temeinic. Totuși, din comportamentul celui care vine la scaunul de Spovedanie putem înțelege dacă este deprimat sau doar trist, dacă e disperat sau doar puţin mai agitat. Din această cauză, este de dorit ca între preot și medicul specialist să se creeze o legătură strânsă și chiar o colaborare permanentă. Aș menționa aici importanța pe care o au paraclisele din cadrul spitalelor și prezența permanentă a duhovnicului printre bolnavi.

De asemenea, preotul de parohie trebuie să-și creeze relații duhovniceşti mai extinse, să comunice și să se sfătuiască cu specialistul de fiecare dată când apar probleme de genul acesta.

În plus, e bine să ne aplecăm spre acele cărți care ne pot fi de mare folos în a înțelege mai bine pe cel ce se află într-o stare depresivă. Înaltpreasfințitul Ierotheos Vlachos a scris o carte de o profunzime remarcabilă, abordând din punct de vedere creștin bolile psihice. Lucrarea sa *Psihoterapia ortodoxă* este argumentată științific, dar și biblic şi cu referiri la scrierile Sfinților Părinți. În același duh profund creştin scrie și Jean-Claude Larchet *Terapeutica bolilor spirituale*.

Foarte folositoare și excelente îndrumătoare cu privire la felul cum trebuie să ne purtăm cu cei doborâți de necazuri sunt și scrierile Cuviosului Paisie Aghioritul: *Patimi și virtuți* și *Tânăr, ajutând pe tineri*. Citind din reflexiile acestui suflet curat și sfânt, am înțeles de ce duhovnicul meu – Pr. Ion Cârciuleanu – găsea, la întrebările mele cele mai dificile, răspunsuri incredibil de simple și clare. Aici îşi găsea înțelesul şi afirmaţiile teologice. Să nu uităm de aceea că noi – cei simpli – „am pierdut rațiunile divine din pricina păcatelor" – cum spunea Pr. prof. Dumitru Stăniloae.

Foarte important este să-l întâmpini pe cel necăjit în stare de rugăciune și, dacă acceptă, să te rogi pentru și împreună cu el. În liniștea dumnezeiască din sfânta biserică poate omul să rostească: „Așa, în locul cel sfânt m-am arătat Ție, ca să văd puterea Ta și slava Ta, că mai bună este mila Ta decât viața" (Ps. 62, 3-4). Datorită păcii pe care o degajă atmosfera din sfânta biserică, mulți oameni care vin agitați pleacă liniștiți. Numai aşa ne explicăm de ce un creștin a spus într-o zi: „Am plecat la biserică fixat pe ideile mele și m-am întors cu mintea duhovnicului". Mai exact, cu starea și cu „așezarea" locului de rugăciune şi har. Fiindcă dacă ai pace, poți da liniște și celui de lângă tine. Vasăzică, se cade mai întâi să ne schimbăm pe noi pentru a putea schimba și pe cel tulburat de gânduri, de angoase, de pericole imaginare sau chiar reale, de presiunea zdrobitoare pe care o creează de multe ori „fratele nostru lup" [diavolul].

Care ar trebui să fie precauțiile duhovnicului în abordarea și inițierea vindecării suferinzilor de depresie?

Pr. Mihai Mărgineanu: În general, relația duhovnicului cu penitentul trebuie să se raporteze la indicațiile specifice date de cărțile de cult; în special să țină cont de rânduiala din *Molitfelnic* sau *Aghiasmatar* – unde chiar sunt sugerate și întrebări ce trebuie adresate penitentului –, dar și de bogata literatură patristică în legătură cu Taina Spovedaniei. Totuși, în mare măsură, duhovnicia rămâne o artă. Duhovnicia e modul prin care propria experiență a practicării credinței este transmisă în mod edificator suferindului.

„Produsul finit" al duhovnicului nu trebuie să fie un „pedepsit" pentru greșelile sale, ci un om cu o conștiință care, dacă este bolnavă, trebuie însănătoşită şi pusă în acord cu voia Domnului și cu angajarea socială constructivă. Altfel, poate apărea riscul ca – după Spovedanie – penitentul să se retragă mai mult în sine, să se descurajeze, sau chiar să deznădăjduiască în raport cu propriile sale capacități.

Acest lucru nu e valabil doar pentru depresivi, ci în relația cu toți penitenții pe care, de cele mai multe ori, un moment critic, creat de o criză personală, o stare de tulburare sufletească sau o neîmplinire sau dezamăgire i-a adus înaintea lui Dumnezeu.

Depresivul vine mai rar singur la duhovnic; de cele mai multe ori e adus de altcineva sau vine la recomandarea cuiva. Să nu uităm: în asemenea cazuri, de obicei, vine cu „lecția învățată", fiind mai puțin dispus să asculte interlocutorul, adică duhovnicul, deoarece îi place să se audă pe sine însuși vorbind; de multe ori chiar din asta își alimentează depresia.

Alteori este retras, nu vrea să vorbească despre sine cu nimeni, că „oricum nu are rost". Și într-un caz, și în celălalt, prin unele relatări relevante, cu caracter autobiografic – evocând fapte din viața și experiența proprie –, preotul poate trezi interesul suferindului pentru a se deschide spre dialog.

Trebuie evitate monologul și observația, chiar dacă sunt întemeiate. Taina Spovedaniei trebuie secondată de dialoguri și de acea *captatio benevolentiae* care să îl apropie de preot pe penitent. Trebuie să audă tot mai des „am încredere în tine", „problema ta o putem rezolva împreună"; nu sunt lipsite de un efect benefic acele aplecări sufleteşti vădite prin pomenirea calităților penitentului și a capacității sale de a trece peste dificultate. Totodată, trebuie evitată „catalogarea" în termeni medicali, chiar dacă duhovnicul are de-a face cu un caz medical. Relaționarea umană, fără referințe la boală sau la starea consecutivă acesteia ajută mult în relația duhovnic – ucenic.

De asemenea, e foarte important ca abordarea personală să aibă în vedere cultivarea încrederii în duhovnic. Benefică ar fi legarea unei prietenii, prin care penitentul să înțeleagă că suferința lui e împărtășită și de preot. Odată câștigată încrederea, ucenicul-penitent este bine să fie angajat în rugăciune personală. Depresivul fie se roagă foarte mult, ceea ce se întâmplă mai rar; fie că nu știe să se roage, ceea ce implică o singură soluție: rugăciunea publică, în special Sfânta Liturghie.

Implicarea sa liturgică îl va distrage dinspre „insurmontabilele" probleme personale spre această deschidere, care-l va ajuta să vadă şi greutățile celor din jur; apăsarea sufletească i se

va uşura în momentul când ajunge să privească spre problematica altora. Iar dacă – după o slujbă religioasă – mai zăbovește la dialog cu frații întru rugăciune, aceasta îl poate ajuta foarte mult. De aceea, este bine ca preotul să nu se grăbească a părăsi biserica după Sfânta Liturghie.

Din punctul de vedere al religiozității, depresivul cu care interacționează preotul – la Spovedanie sau altfel – poate fi un ortodox nepracticant (sau chiar eterodox), un ortodox practicant cel mult de nivel mediu sau un ortodox practicant peste nivelul mediu. Cum procedăm în fiecare dintre aceste ipostaze? Este bine să se insiste în mod prioritar pe ameliorarea stării sufletești sau pe latura catehetică, atunci când se observă abateri?

Pr. Dumitru Carp: Este sau nu religios, este sau nu ortodox, este practicant şi râvnitor, oricum ar fi, depresivul este, în primul rând, un om aflat în suferință. Nu, categoric nu e momentul catehezei, ci al empatiei. Preotul se cade să-l invite în biserică pe cel disperat și cu blândețe să-l asculte. Iar când i se oferă ocazia, să descrie situații similare din viața altor oameni care au ameliorat asemenea stări sufleteşti într-un mod foarte simplu: prin rugăciune.

Trebuie încredinţat cel suferind – care în suflet simte nevoia de a fi ajutat, dar n-o poate expune – că rugăciunea poate face totul, pe când lipsa ei aduce pe om în situații disperate. Este cunoscută aserţiunea aceasta: *„Toată viața m-am străduit să fac ce vreau eu și nu mi-a ieșit; până într-o zi în care am zis hotărât: «Fie, Doamne, voia Ta», iar de atunci se întâmplă totul așa cum am visat”.*

Mintea noastră – după cum adesea se spune – este ca o moară ce nu stă o clipă; ori macină rugăciune, ori imaginație. Rugăciunea ne luminează, ne liniștește, ne împacă. Îmi vine în gând, ca exemplu, un caz de acum mai bine de zece ani, cu un copil care a picat un examen. Trei zile și trei nopți acesta a plâns încontinuu. Speriați, părinții au alergat la un preot cu viața îmbunătățită, pentru a-i cere un sfat, iar acela – înțelept și smerit – le-a spus: „Dar la Psaltire ați încercat?”. Astfel au început să citească Psaltirea și așa au scăpat de necaz.

Da, neapărat să meargă preotul în biserică însoţit sau însoţind pe cel disperat; și – după un dialog mai lung sau mai scurt – să-l invite la rugăciune. Să facă împreună un acatist sau o catismă după ce-i va citi rugăciuni de dezlegare de blestem și de sănătate. Apoi să-l ungă cu undelemn sfințit și să-l încurajeze. Ideal ar fi ca preotul să fie relaxat – dar şi foarte optimist – și să-l îndemne pe bolnav să caute compania oamenilor cu gândire și faptă pozitive, evitându-i pe cei cărora *le tună și le fulgeră*.

În concluzie, revenind la întrebare, trebuie să înţelegem că atât corectarea credinței, cât și catehizarea este bine să fie făcute la vremea lor. Cel bolnav este asemenea celui care „a căzut între tâlhari și e abia viu” (*cf.* Lc. 10, 30-36), adică are nevoie de îngrijire şi de manifestarea acelei afecţiuni de a cărei lipsă este copleşit.

Dacă cel ce se află în suferință dorește, ar fi bine să se spovedească – grea este povara care apasă pe omul ale cărui fapte, adunate în timp, nu sunt în concordanță cu morala creștină. În cei 40 de ani de preoție, nu de puține ori am văzut cum oamenii – după ce au reușit să se mărturisească – izbucneau într-un plâns eliberator, fericiți că aruncaseră din spate sarcina grea a păcatelor.

Iată de ce duhovnicul nu trebuie să se poarte ca un lup moralist, critic și intransigent, ci să învețe din Sfânta Evanghelie blândețea și răbdarea tatălui din pilda fiului risipitor (Lc. 15, 11-32). Cel căzut în păcat își pusese în gând să-i spună tatălui: „Părinte, am greșit la cer și înaintea ta și nu mai sunt vrednic să mă mai numesc fiul tău. Fă-mă ca pe unul din argații tăi” (Lc. 15, 18-19). Însă tatăl nici nu-l lasă să termine fraza, deoarece îl îmbrățișează ca un adevărat părinte atotbun. Se și spune că Dumnezeu ne face părinți ca să înțelegem cât de mult ne iubește El. Să ne mai amintim că „dragostea acoperă mulțimea de păcate” (I Pt. 4, 8) și că „Dumnezeu iartă păcatele și trece peste fărădelegi”.

Dintre toți cei expuși depresiei, ce particularități au tinerii? Cum abordăm copilul sau adolescentul depresiv, evoluția cazuisticii fiind una ascendentă și în acest caz?

Pr. Dumitru Carp: Ştiu o povestire cu un tânăr care l-a întrebat pe tatăl său cât câștigă pe oră, apoi a strâns banii respectivi și i-a oferit, rugându-l să îl asculte – preț de un ceas – și pe el.

Cred că mai ales tinerii, atunci când vin la preot, vor să și spună ceva. Ori asta mai înseamnă că vor să fie ascultați. Din vorbă-n vorbă, vom înțelege ce sau cine îi supără, ce îi stresează; pe scurt, cine *le face viața să fie iad.* Este posibil ca un tânăr să fie presat de un părinte cicălitor sau care – la rândul lui – are probleme psihice. Sunt mulți tineri care își hărțuiesc colegii, îi șantajează, îi obligă să le aducă de acasă bani – uneori furați de la părinți – sau obiecte de valoare. În internate, sunt tineri care nu-și lasă colegii să se odihnească, îi sperie, fac glume ce îi pot marca în mod semnificativ.

Sunt frați mai mari care îi asupresc pe frații mai mici, mai ales în situația în care părinții au plecat la muncă în străinătate ori au alte motive pentru care nu sunt prezenți lângă copii.

O altă categorie este aceea a părinților care nu cred în Dumnezeu și – transmițând necredința lor copiilor – îi fac pe aceștia să nu înțeleagă rostul vieții, mai ales atunci când întâmpină greutăți și nereușite.

Mai întâlnim şi acea categorie de părinți care vor, cu orice preț, ca fiul – sau fiica – să devină „cineva în viață”, chiar dacă uneori capacitatea intelectuală a copilului este modestă. În acest caz este imposibil să nu apară comportamentul depresiv la copii.

Din ce în ce mai mulți tineri sunt predispuși – și din pricina rupturilor familiale – la ceea ce numim dependenţa de calculator, telefon sau de internet, în general. Să nu uităm că un astfel de comportament dependent – ca şi în cazul adicției de substanțe psihotrope – se dezvoltă pentru a acoperi o lipsă, în special o lipsă de afectivitate.

De asemenea, eșecurile în dragoste ori pierderea cuiva drag – deziluziile sau, mai ales, decesele – pot marca acut un tânăr, adesea mai adânc decât în cazul adulților.

Din toate aceste exemple putem înțelege de ce – în deosebi în cazul tinerilor – preotul trebuie să fie un ascultător atent, răbdător și, în ciuda unor refuzuri de a colabora din partea tinerilor, să se arate a fi un adevărat „părinte”.

Mesajul preotului – duhovnic şi părinte – adresat tinerilor trebuie să invite la rugăciune, la rânduială în minte și inimă, pentru ca apele să se așeze în matca lor, iar necazurile să fie

depășite. De altfel, Sfântul Apostol Pavel ne încredinţează că: „Dumnezeu dă pricepere celui care cere” (*cf.* II Timotei 2, 7).

Ce este mai bine de făcut în situația în care avem la Spovedanie tineri depresivi? Catehizarea/convertirea lor, atunci când este evidentă necesitatea? Aplicarea strictă a tipicului bisericesc, insistându-se mai ales pe pocăință? Cultivarea încrederii prin indicarea și aplicarea de soluții „mai lumești” pentru depășirea crizei, urmărindu-se câștigarea ulterioară a unui membru fidel al Bisericii?

Pr. Mihai Mărgineanu: În general, catehizarea e o etapă ulterioară. Ea trebuie să survină după angajarea liturgică a celui ce s-a aflat într-o criză sufletească. Enunțarea rigorilor canonice îl poate speria pe tânărul depresiv. Până se va ajunge la perspectiva canonică asupra vieții depresivului, este nevoie de multă explicație, din care tânărul poate să înțeleagă faptul că poruncile nu sunt o modalitate prin care Dumnezeu Își manifestă autoritatea, ci o expresie a nemărginitei Sale iubiri față de om. Iar Biserica și preotul nu sunt „arhonții” învestiți cu sancționarea fiecărei abateri, ci „instrumente” de care să se poată folosi oricine are nevoie pentru a-și redobândi echilibrul sufletesc şi moral.

Dacă duhovnicul va încerca să împărtășească propria sa experiență – ca om – întru împlinirea exigenţelor bisericești, a poruncilor, rânduielilor sau tipicului, aceasta ar putea fi un demers cu un impact pozitiv asupra penitentului. Să nu uităm că „Dumnezeu iubește pe cel care dă cu voie bună” (II Cor. 9, 7), adică pe cel care nu se ascunde în spatele unor acte religioase pe care să le îndeplinească formal.

De aceea, atunci când se ajunge la îndrumare şi catehizare trebuie să se evidențieze faptul că nerespectarea poruncilor – dincolo de faptul că strică relația cu Dumnezeu – ne alterează sănătatea și calitatea umană, având consecință directă și asupra aprecierii sociale. Recursul la raționamente accesibile penitentului și apelul la explicațiile concrete și detaliate, în acest caz, pot fi eficiente.

Referitor la pocăință, trebuie observat că „pocăit” nu înseamnă un plângăcios copleşit de propriile păcate și imperfecțiuni, nici un om închis în sine, apăsat de grija de a nu greși, ci mai degrabă un om optimist și activ, mereu deschis cunoașterii și înțelegerii, capabil a se adapta cu ușurință în fața provocărilor vieții. Şi ceea ce este foarte important: fără a-și perverti responsabilitatea de om și demnitatea de creștin, deoarece pocăința adevărată ne angajează în schimbarea modului de a gândi, punându-ne mereu în acord cu voia și poruncile lui Dumnezeu.

De asemenea, trebuie menționat faptul că mergând la preot depresivul consideră că deja știe „discursul” sau „predica” duhovnicului. De aceea, prezentarea rânduielilor – a tipicului şi a normelor vieții creștine – trebuie făcută cu multă delicatețe atunci când e vorba de un „nepracticant” sau necunoscător al acestora. Abordarea într-un mod sentențios – cu acuze sau doar cu asprime pentru abaterile depresivului de la disciplina moral-religioasă – nu va face decât să îi accentueze deznădejdea. O ironie fină, o istorioară cu tâlc, chiar o glumă decentă și inspirată – pot așeza relația duhovnic-ucenic pe traiectoria zidirii sufletești.

În ceea ce privește „soluțiile lumești”, acestea trebuie oferite întotdeauna în conexiune cu texte din Sfânta Scriptură, cu argumente practice duhovnicești și, în general, în acord cu învățătura Bisericii. O soluție exclusiv „lumească” poate aduce frustrare depresivului, care a venit să vorbească cu un preot, nu cu un „consultant tehnic”. Totuși, în unele cazuri, așa-zisele „soluții lumești” – duse în mod forțat și pedagogic la extrem – pot servi ca mijloc pentru a-l aduce pe depresiv „cu picioarele pe pământ”. De exemplu, vorbindu-i celui adus în stare de depresie de relația defectuoasă cu semenii, poți să îl provoci spunându-i: „Atunci să ne rugăm să moară acela?”. Răspunsul aproape invariabil va fi: „Ei, nici chiar așa!”

Cum se procedează în cazul în care se constată „rezistență la ritul liturgic” și la îndemnul catehetic? Se renunță la sprijinul duhovnicesc sau se adaptează abordarea, apelându-se la idei și metode mai degrabă laice, dacă aceasta servește scopului recuperării celui răvășit de boală?

Pr. Mihai Mărgineanu: Într-adevăr, rânduiala Spovedaniei – așa cum e prezentată în *Molitfelnic* – pare a indica drept metodă adresarea de întrebări; unele dintre acestea sunt prezentate în rânduială cu formula introductivă: „Nu cumva ai...?”, pentru a se sublinia gravitatea unor păcate. O astfel de adresare, uneori, poate inhiba penitentul depresiv, care nu vrea să fie „judecat”, ci „înțeles”. Totodată, îi poate provoca ceea ce am putea numi „rezistență la ritul liturgic”.

De asemenea, și „îndemnul catehetic” trebuie dozat în aşa fel încât să fie accesibil și util pentru penitent. Insistența exagerată a duhovnicului în a „sancționa”, cu argumente logice, „greutatea” păcatului mărturisit poate deveni superfluă, de vreme ce –, mărturisindu-și păcatul, penitentul își recunoaște de fapt greșeala. Nu așteaptă critici, ci soluții. Acuzele, învinuirea – chiar şi simpla exclamaţie sau uimirea, perplexitatea duhovnicului în fața celor mărturisite – vor depărta sufletește pe penitent de duhovnic.

„Rezistența la rit” poate apărea la depresiv chiar și în raport cu celelalte slujbe religioase. De aceea e nevoie de scurte explicații sintetice, care să-l atragă pe suferind la participarea la slujbele religioase, deosebit de benefice în cazul său. De fapt, se urmăreşte cultivarea deschiderii sale sufleteşti, ceea ce am putea denumi „scoaterea din sine”, adică din această apăsare pe care o simte.

În practică, Spovedania trebuie privită mai degrabă ca un dialog, în care întrebările nu devin un fel de „anchetare” prin care duhovnicul să își demonstreze „arta” de a „extrage” mărturisirea păcatelor cu orice preț. Întrebările duhovnicului au mai degrabă un caracter ajutător, pentru a-l ajuta pe penitent să-şi „sistematizeze” mărturisirea, iar dacă-l aduce pe penitent în situația de a adresa el întrebări, înseamnă că a reușit, cât de cât, să îi trezească interesul, atenția.

Deși cauzele depresiei sunt multiple, totuși, la rădăcina acestei boli – de cele mai multe ori – se află păcate ce țin în bună parte de intimitatea sufletească, pe care „lumea” nu trebuie să le știe. De aceea, la Spovedanie, e important ca depresivul – și, în general, orice penitent – să fie introdus progresiv în atmosfera de intimitate, de înțelegere și familiaritate; nu de abordare impasibilă și distantă.

Este nevoie de multă „creativitate” din partea duhovnicului pentru a dobândi un ascendent – respectiv, autoritate morală – cu care să poată „opera” pentru tratarea duhovnicească a depresivului. Includerea ca „ideii și metodei laice” trebuie să fie privită cu multă precauție, în condițiile în care este firesc ca duhovnicul să se raporteze la specificul Tainei Spovedaniei. Este important a se face uz de o exprimare „acordată” la limbajul bisericesc, dar şi la modul creștin de a se manifesta. Astfel, din felul cum este condus dialogul, depresivul ajunge să înțeleagă că la duhovnic e ca și cum ai vorbi o altă limbă – mai „liberă de cele lumești”; o limbă în concordanţă cu reperele religios-morale și liturgice specifice Bisericii.

De aceea, este necesară o abordare atentă atunci când e vorba de compromisuri în fața suferindului, chiar dacă acestea țin exclusiv de limbaj. Duhovnicul trebuie să sădească în sufletul aceluia imaginea unui interlocutor puternic, dar binevoitor și dispus să îi fie de folos; să impună imaginea unui partener exigent, dar și foarte înțelegător.

În ce direcție trebuie orientată intervenția duhovnicului? Spre cea paliativă sau spre cea profund vindecătoare, adică acea concentrare a duhovnicului trebuie să fie pe simptom sau pe cauză?

Pr. Dumitru Carp: Un proverb latin spune *Ad augusta per angusta*. Deși, poate mai potrivit ar fi să spunem astfel: *Per angusta ad augusta*; adică, chiar și trecând pe sub furcile caudine, chiar și întâmpinând reticență sau suspiciune, trebuie să fim tenace în dorința de a „izbăvi un suflet din moarte”. Pentru că, în ultimă instanță, despre aceasta este vorba: nici un slujitor al Sfântului Altar nu poate să rămână impasibil la suferința fratelui său!

Grija principală a preotului trebuie să fie orientată în sensul liniștirii celui ce este disperat și – atunci când constată că este ascultat – să-l convingă în a consulta, în paralel, și un medic specialist. Este binecunoscută repulsia faţă de spitalele-ospicii, de multe ori din cauza etichetelor răsunătoare care li se atribuie. De aceea, este de preferat să-l îndrumăm pe cel bolnav către un cabinet particular al unui medic pe care îl cunoaștem şi despre care știm că este un bun „diplomat”, dar și un om discret.

În unele cazuri, suntem plăcut surprinși să vedem că penitentul care la început era disperat devine pe parcurs maleabil și chiar un desăvârșit ascultător. Astfel, constatăm cu bucurie că acel care părea – sau chiar era – pe marginea prăpastiei devine calm şi bucuros, se spovedește, se împărtășește și *pare a fi complet vindecat*. Ei bine, chiar și în asemenea situații – ale aparentei vindecări – este indicat să orientăm discret, dar ferm, pe fratele nostru spre un medic și spre investigații mai temeinice.

Sunt și oameni care se modelează mai greu, caz în care este nevoie de şi mai multă răbdare și fermitate. Într-o zi, am spus unei creștine – care manifesta o cerbicie deosebită – să se orienteze spre alt duhovnic dacă pe mine nu mă ascultă. Auzind aceasta, s-a schimbat complet, devenind mult mai colaborantă. Cu siguranță „vorba dulce mult aduce” și „fierul se modelează la cald”, dar sunt și unii oameni care au nevoie de un „duș rece”; un asemenea „tratament” poate fi un imbold al schimbării interioare.

Ideal este să ne străduim – „cu timp și fără timp" (2 Tim. 4, 2) – să ajutăm cât mai mult posibil pe omul aflat în suferință. Totodată, să nu uităm că toți avem limite și că munca în echipă dă întotdeauna rezultate superioare abordării unilaterale. Lucrând împreună cu diverși medici sau psihologi, am constatat că atât eu, cât și ei nu știam până atunci cât de prețioasă este activitatea și absoluta utilitate a celuilalt.

Ca să conchidem, şi medicul, și preotul în mod categoric se cade să se străduiască spre a desăvârși vindecarea și spre a-l echilibra pe cel bolnav. Dar mai întâi, cu prioritate, se cuvine să-l facem pe unul ca acesta să colaboreze cu noi în a găsi din nou sensul propriei vieți și – ceea ce pare a fi mai greu – suferinței.

Dacă un om nu crede în Dumnezeu, nici nu va veni la preot, dar nici nu va găsi o rațiune pentru suferința sa. Cel ce trăiește „pentru a muri" nu întrevede un sens al greutăților pe care le întâmpină, iar unul ca acesta poate ajunge repere la gândul sinuciderii. Aceasta pentru că nu vede nici o ieşire din situaţia în care se află. De aceea, credința are aici un rol deosebit de important. Omul credincios va ști că a fost creat de Dumnezeu, iar prin Botez a primit de la Tatăl înfierea și Raiul ca moștenire.

Gândind așa, se va strădui să se poarte ca un fiu al Celui Atotbun și – privind evenimentele de fiecare zi din perspectiva veșniciei – va înțelege că este de preferat să ai parte de suferință pământească, pentru a o evita pe cea veșnică. În acest sens, ca un demers curativ, din moment ce Spovedania îl ajută să dea prioritate perspectivei legate de veşnicie, este indiscutabil important să-l ajutăm pe depresiv să scape de apăsarea şi blocajul afectiv creat de suferința sa. Iar pe urmă, dorința de a se vindeca îl face să colaboreze cu duhovnicul şi cu medicul.

După cum știm, medicul îl îndeamnă pe cel bolnav să se grăbească la amputarea unui deget, ca nu cumva, întârziind, să trebuiască amputat tot membrul. Însuși numele de om, care, în română vine de la latinescul *homo, -inis*, în greacă se cheamă *antropos*, ceea ce înseamnă „cel ce privește înainte, spre cele înalte". Am amintit de acest aspect pentru a sublinia că în timp ce preocuparea medicului este una punctuală, focusată pe suferința depresivului, duhovnicul are posibilitatea de a-i deschide acestui suferind perspectiva luminoasă în căutarea căreia, deşi nemărturisită, se află depresivul sau orice suferind.

Legea morală din fiecare om ne vădește că suntem fiii Celui Atotbun și ne spune că binele trebuie făcut, iar răul evitat. Ordinea lumii – ecosistemul alcătuit armonios – ne vorbește despre Cel desăvârșit și ne face să reflectăm precum poetul în al său vers: „Universul mă încurcă/ Și nu pot gândi măcar/ Cum poa'să existe ceasul/ Fără un ceasornicar". (Voltaire)

Așa se face că preotului îi vine mult mai ușor să dialogheze cu cel credincios și să-l facă să înțeleagă că Dumnezeu – Care este Tatăl nostru, al tuturor – știe și de necazul lui; aceasta înseamnă că durerea sa nu este străină Creatorului, ci este ca o pastilă amară, ca o injecție sau o incizie, utilă și strict necesară. Studiile psihologice numesc această lucrare de conştientizare a celui suferind ca fiind o adevărată „revelare a sensului vieții" de care avem fiecare nevoie; cu atât mai mult atunci când ne aflăm în momente existenţiale dificile. Psihologia consideră că această lucrare de conştientizare a celui suferind este o adevărată revelare a sensului vieţii

de care avem fiecare nevoie, cu atât mai mult atunci când ne aflăm în momente existenţiale dificile.

În creștinism, totul capătă sens, chiar și moartea, care este înțeleasă ca despărțire a sufletului de trup până la înviere. Însăși viața – și nu mai puţin moartea – este în mâna lui Dumnezeu, iar El, ca Tată și Stăpân, rânduiește pe toate în planul Său, pe care noi, chiar dacă nu-l putem pricepe, îl primim, fiind convinși de intenția Atotștiutorului. Astfel, are logică și expresia „tot răul spre bine”. Psihiatrul Viktor Frankl* arată – din propria experienţă – că omul are nevoie de a da un sens oricărui moment din viaţa sa, mai ales acelor momente care marchează în mod aparte sufletul şi întreaga fiinţă.

Care sunt „instrumentele” de lucru ale duhovnicului în fața acestui adevărat flagel al zilelor noastre? Sunt canoanele duhovnicești suficiente sau neapărat necesare (mereu potrivite)? Câte dintre explicațiile teologice date depresivilor aflați în criză le vin în ajutor și câte le vor accentua starea, prin conștientizarea păcatului și dezvoltarea sentimentelor de culpă, de exemplu?

Pr. Mihai Mărgineanu: În mentalitatea contemporană, „a ști” a câștigat mult teren în fața lui „a cunoaște”. În prezent, e preferat mai mult consumismul informațional în procesul de asimilare intelectuală, în care informația facilă a câștigat tot mai mult teren față de înțelegerea în profunzime a faptelor de referință. Astfel, prin minte se perindă un volum imens de informații, din care vor rămâne foarte puține; dar și mai puține vor fi cele care efectiv ne sunt folositoare. Iar tinerii „gustă” din plin acest mod de abordare. Iată de ce în inima depresivului – care mai totdeauna „știe” deja totul – trebuie sădită dorința de a cunoaște, de a înțelege și, mai ales, de a vedea cum depășesc alții situații asemănătoare. Cunoscând suferința altora, te întărești sufletește în confruntarea cu propria suferință.

Un alt mijloc pentru consolidarea duhovnicească a depresivului îl poate constitui rugăciunea de mulțumire pentru toate. Astfel va descoperi că dincolo de necazul care îl preocupă, penitentul e înzestrat de la Domnul cu multe calități, că a beneficiat de multe momente și întâmplări benefice pentru el, că a întâlnit persoane și conjuncturi care l-au făcut fericit. Într-un cuvânt, penitentul descoperind dimensiunea euharistică a existenţei, adică nevoia de a mulţumi Părintelui ceresc, va ajunge să înţeleagă mai bine rostul şi sensul vieţii sale. Ori, un asemenea moment poate avea un rol hotărâtor, aşa cum ne dovedesc vieţile unor sfinţi care au avut parte de asemenea momente decisive pentru devenirea lor ulterioară.

Este necesară însă o precizare: atât rugăciunile de mulțumire, cât și celelalte rugăciuni incluse în pravila creștinului nu trebuie să fie privite de cel depresiv ca rostiri ce merg pe principiul automatismului – incantații, descântece, formule magice etc. –, fără a angaja participarea afectivă și efectivă a celui ce se roagă. Astfel, adeseori, depresivul, în deosebi în cazul când e

* „Omul în căutarea sensului vieţii, Editura Meteor Press, Bucureşti, 2009, şi „Strigătul neauzit pentru sensul vieţii”, Editura Meteor Press, Bucureşti, 2018.

credincios, poate mărturisi că a citit trei acatiste – le reține ca număr, mai puțin ca persoane cărora au fost adresate, le reține ca timp de rugăciune, mai puțin ca frumusețe poetică și adâncime a cugetării –, de 12 ori a rostit *Psalmul 50*, de „n" ori *Tatăl nostru*, ajungând aproape invariabil la *Rugăciunea inimii*, pe care o rostește mecanic, fără a avea rezultate notabile. Dar – atenție! – de aici poate rezulta încă o dezamăgire, care să îi alimenteze depresia!

Depresivul apreciază mult dacă preotul se roagă pentru el. De aceea, în afara Spovedaniei, întâlnirile și dialogurile duhovnicești trebuie însoțite de o rugăciune din *Molitfelnic* adecvată situației respectivului, dar și de împreună-rugăciune în cadrul slujbelor bisericești, în special atunci când vine mai puțină lume în biserică. Dar nu trebuie să lipsească rugăciunea de dezlegare sau simpla binecuvântare.

Este recomandabil a se urmări afirmarea adevărului și a realității concrete şi a se evita perorația axată pe idei, supoziții, raționamente sau concluzii subiective. Chiar și explicația cu caracter teologic nu își atinge scopul dacă nu este secondată de angajarea trăirii personale a adevărurilor de credință. Asta pentru că există o puternică tendință de a ne ascunde personalitatea, problemele și frământările în spatele unui dialog protocolar, de multe ori sofistic și steril.

În sfârșit, este necesară sensibilizarea depresivului în raport cu dificultățile cu care se confruntă cei din jur. Este indicat chiar a-i cere ajutorul, îndemnându-l să se angajeze în vreun fel în a rezolva problemele altora. E important să înțeleagă că nu e singur pe lume; nu doar atunci când are nevoie de alții, ci mai ales când poate fi de folos altora. Astfel, din cel care are nevoie de ajutorul altor oameni, depresivul se vede pus în situația în care vede că alții au nevoie de ajutor, chiar necunoscuți fiindu-i.

Există o „rețetă" de abordare a persoanei aflate în depresie, sau fiecare caz devine unul particularizat, cu o metodă de lucru adaptată?

Pr. Dumitru Carp: Panaceul există: „Trupul lui Hristos primiți și din izvorul cel fără de moarte gustați" și „...vedeți că bun este Domnul", spun rugăciunile Bisericii. Va să zică, am fi cu mult mai fericiți dacă ne-am împărtăși mai des.

E adevărat însă că fiecare om are personalitatea și temperamentul propriu, colectivul său de prieteni, șefii și subalternii lui, soția, soacra, copiii, trecutul, speranțele, așteptările, dezamăgirile personale... Având în vedere toate acestea, preotul trebuie să asculte cu răbdare și cu mare atenție oful celui ce vine la biserică. Dacă Hristos a spus: „Pe cel ce vine la Mine, nu-l voi scoate afară" (In 6, 37), cum ar putea un preot spune unui necăjit şi îndurerat: „Nu am timp", „nu ești din parohia mea", „nu mă privește" și alte asemenea replici?!

Fiecare om are durerea sa. Ori, dacă această durere este împărtășită și celuilalt, se mai diminuează; cu atât mai mult dacă cel în necaz vrea să se mărturisească și îi oferă lui Dumnezeu lacrimi, se va elibera mult mai ușor de tensiune și de gânduri negre. Expresia „fericiți cei ce plâng" nu este, așadar, o altă formulă paradoxală. Este cuvântul lui Hristos care rodește viață și eliberează din robia celui viclean.

Dar să nu ignorăm şi un alt aspect. Spunem că fiecare avem zugrăvit pe faţă chipul lui Hristos. Şi e un mare adevăr! Aceasta deoarece, venind la preot, depresivul poate reîntâlni faţa lui Hristos, iar în ochii duhovnicului să regăsească acea căldură sufletească de care este lipsit. Ca să nu mai vorbim de harul lucrător al lui Dumnezeu…

În acest sens, îmi amintesc ce ne spunea poetul Ioan Alexandru în anii când eram student: „Ce fericiți sunteți voi, preoții, că aveți altare unde să vă spuneți necazul". Și tot el zicea într-o poezie: „Acolo pe coline, în vântul din amurg / Voi sta eu singur, să nu mă vadă nime'/ Să-mi pot eu plânge plânsul meu dintâi / Și să mă frângă arderea de sine.".

Iată de ce, când te simți dărâmat de necaz, este vital să ai un umăr pe care să-ți „plângi plânsul cel dintâi". Aşa se face că preotul se cuvine a se arăta disponibil, mai întâi de toate, pentru a oferi acest „umăr" al lui Hristos celui obosit, adică depresivului. Dar şi să-i învețe pe creștini să nu râdă de durerea celuilalt, ci să aibă compasiune. Să nu tulbure odihna celui obosit, deoarece îl poate dezechilibra psihic, să nu folosească vorbele ca pe niște săgeți otrăvite şi să nu-l adâncească și mai rău pe cel intrat în mocirlă. Într-un cuvânt, să nu râdă de cel ce plânge, ci „să se bucure cu cel ce se bucură și să plângă cu cel ce plânge" – așa cum spune Sfântul Apostol Pavel (Rom. 12, 15).

După ce ascultăm și vedem că suntem la rândul nostru ascultați, tuturor celor necăjiți trebuie să le spunem lucruri simple, de pe urma cărora – dacă le vor înțelege – mult folos vor avea. Nimeni nu trebuie să uite că Dumnezeu este Tatăl nostru și ne iubește; El le știe pe toate, deci El – Care este Atotbun – știe necazul fiecăruia. Cel care a cunoscut suferința să încerce a-i învăţa şi pe semenii săi că tot ce-ți este dat să înduri poate fi ca un medicament (o pastilă amară).

Îndemnul Sfântului Apostol Pavel ca atunci când avem necazuri să ne bucurăm în nădejde (*cf.* Rom. 12, 12) pare a fi o absurditate. Dar când omul pricepe că durerea trecătoare este spre vindecare și când își amintește că și el a greșit și a contribuit la răul său, va zice smerit: „Facă-se voia Ta!" Din această „odihnire" oferită în numele lui Hristos celui aflat în suferinţă poate izvorî acea împreună-asumare a suferinţei; în acest sens putem vorbi chiar de un „transfer efectiv" – de la penitent la duhovnic – care îl uşurează pe cel aflat în suferinţă.

În funcție de gravitatea suferinței, este oportună sau necesară contactarea familiei? Dar poate fi considerată o asemenea acţiune și etică, prin raportare la secretul Spovedaniei?

Pr. Mihai Mărgineanu: Este foarte greu – dacă nu chiar imposibil – să te poți izbăvi singur de depresie. Oricât de performantă, medicația poate trata doar efectele sau stările de moment. Esențială în tratarea depresiei este interferența umană, care poate ajuta la identificarea cauzelor care au generat depresia și care pot face ca ea să recidiveze.

Cele mai multe situații cauzatoare de depresie sunt în directă legătură cu viața din familie, cu relațiile intra-familiale, cu dramele prin care trec cei dragi, dar și cu insatisfacțiile legate de profesie (de cele mai multe ori de colectivul în care își desfășoară activitatea).

Din acest motiv, anamneza evoluției bolii depresivului trebuie făcută în strânsă conexiune cu familia sa, căci multe cauze ale depresiei se pot datora atitudinii celor apropiați, conflictului

pe care aceștia le generează în ambientul casnic, mai cu seamă în perioada copilăriei și adolescenței. Violența tatălui, intransigența și spiritul critic al mamei – sau, dimpotrivă, starea de delăsare a acestora în raport cu responsabilitățile educaționale – pot da naștere unor stări de percepție necorespunzătoare a propriei persoane prin acel proces de sub-/ supra- apreciere.

Ideal este ca – în măsura posibilităților – să se încerce și o abordare „colectivă" și contextuală a depresiei care tulbură conștiința personală. De multe ori, un gest, un cuvânt, o atitudine a celor apropiați, sau starea lor de nervozitate și lipsa de control comportamental pot genera dezechilibrul interior al depresivului. Mai ales dacă ţinem cont că depresivii în general sunt persoane hipersensibile. Prevenirea celor apropiați cu privire la efectele comportamentului lor asupra depresivului e o măsură necesară. Trebuie urmărită însă cu maximă strictețe discreția profesională și secretul mărturisirii.

Astfel, duhovnicul trebuie să fie asemenea unui chirurg, care este chemat să „extirpe" tarele comportamentale și stereotipiile din raționamentele depresivului referitoare la familia sa. Mai presus de acestea însă, preotul trebuie să stimuleze schimbarea celorlalți, făcând uz și de autoritatea sa spirituală, fără însă a divulga Taina Spovedaniei – cum am mai spus.

Aș merge chiar mai departe, considerând că nu numai Spovedania, ci și orice dialog al preotului cu păstoriții săi – mai ales cu cei care au tulburări depresive – trebuie păstrat cu orice preț sub „umbrela" confidențialității. Având în vedere că depresivii sunt persoane bănuitoare, preotul duhovnic trebuie să evite a stârni susceptibilităţi sau stări de suspiciune din partea acestora.

Contactarea familiei rămâne utilă și din punctul de vedere al sensibilizării depresivului în raport cu suferința pe care o provoacă celor dragi. Rezultate notabile se pot obține și prin extinderea activității duhovnicului dincolo de timpul alocat exclusiv Spovedaniei. De exemplu, o consultare duhovnicească în prezența unuia sau a mai multor membri din familie poate contribui la asanarea multor stări conflictuale generatoare de comportament depresiv.

Din postura duhovnicului, cum se reacționează la declararea intenției de sinucidere sau a încercării ratate? Cum poate el răspunde așteptării salvatoare a celui aflat în avanpostul sinuciderii?

Pr. Dumitru Carp: Cu siguranță, nimeni nu vine la biserică – aşa cum am mai spus – fără să aibă o așteptare. Altfel, de ce ar mai veni? Plecând de la această premisă, preotul ar trebui să înțeleagă că penitentul în cauză își pune o speranță în Dumnezeu, dar și în „omul lui Dumnezeu".

Aş vrea să vă dau un exemplu în acest sens. Într-o bună zi, eram în biserică și dereticam prin altar, când a venit o femeie răvășită la chip și cu hainele într-o totală dezordine. În ciuda faptului că părea foarte grăbită, s-a așezat într-o strană lângă mine și – după ce mi-a spus că atunci când închide ochii vede oameni dezbrăcați ori se vede pe un bloc foarte înalt și îi vine să se arunce în gol – m-a rugat să o spovedesc. Nu era enoriașa mea, dar Dumnezeu îi îndrumase pașii la noi la biserică. Din tot ce mi-a spus, am înțeles că era chiar pe marginea prăpastiei. I-am sugerat că ar fi bine să se împărtășească, și după ce i-am făcut rugăciunea de dezlegare de păcate, am împărtășit-o. A plecat din biserică liniștită și convinsă că s-a izbăvit, ceea ce s-a și întâmplat.

Un alt exemplu. În fiecare post vine o anumită persoană – aceeași, cu afecțiuni și labilități cronice – la Spovedanie, așa cum este înțeleasă de dânsa. În respectiva zi nu îmi mai programez nimic altceva, pentru că știu că voi fi în biserică două-trei sau chiar cinci ore numai pentru ea. Îmi dau seama că are multe frustrări, dar mai ales că suferă pentru că nimeni nu o ascultă; ca dovadă, dacă fac imprudența să intervin în „dialog, sare ca arsă. Simt însă cum, cu fiecare an, progresează din punct de vedere moral și psihic, chiar dacă nu face pași prea mari.

Cred că în această privinţă s-ar cuveni să se schimbe felul în care abordăm dialogul şi Spovedania. Mă gândesc la faptul că de multe ori vin oamenii la biserică strigând: „Doamne, nu am om!" (*cf.* In 5, 7). Şi în loc să îi ascultăm, le ținem predici interminabile, urcând cu aroganță în Turnul Babel, îndrăgostiți de propria retorică, și – uitând că Pogorârea Sfântului Duh este reversul amestecării limbilor – noi înşine perorăm o babilonie fără sens.

Sunt și cazuri în care cei ce vin la noi au convingerea că necazul lor e cel mai greu și că nimeni nu a mai purtat în viața aceasta o cruce atât de grea. Se plasează în mijlocul universului și se întreabă: „Şi cine este aproapele meu?" (Lc. 10, 29), uitând sau neobservând că lângă el stă un altul cu mult mai necăjit. Cred că dacă îi vom arătă celui deprimat, încurcat în propriile gânduri speculative, pe omul căruia i-a ars casa și doarme cu trei copii în condiții mizere – un asemenea exemplu fiind foarte la îndemână –, își va da seama că sunt situații de viață mult mai complicate decât cea proprie.

Această „călătorie experiențială", fără să fie însoțită de vreun reproș, îl va putea ajuta pe un asemenea penitent să revină „cu picioarele pe pământ". Iar de aici plecând, putem să-l învățăm rugăciunea și altruismul, desigur, cultivându-i empatia. Procedând aşa, vom împlini îndemnul lui Avva Nil Ascetul, care spune: „Rugăciunea este izgonirea întristării și a mâhnirii!".

Cum este apreciat rolul timpului în „ecuația" salvării sufletului? Cu câtă răbdare și tact trebuie procedat cu cei aflați în depresie gravă?

Pr. Mihai Mărgineanu: Într-adevăr, trebuie făcută dintru început această necesară distincție: relația dintre duhovnic și penitent – când este vorba de Taina Spovedaniei – trebuie să aibă în vedere, în principal, salvarea sufletului, mântuirea. Evident că purtarea de grijă pentru mântuirea sufletului se va răsfrânge benefic și asupra condiției umane, privită în ansamblu, deoarece în spatele poruncilor se găsește, tainic, nemărginita iubire a lui Dumnezeu pentru om în integritatea lui – suflet, trup, minte –, dar și în relaționarea sa socială: familie, colectivitate, Biserică.

Împlinirea poruncilor sfinte și a rânduielilor bisericești – dincolo de scopul înalt al mântuirii – se va reflecta pozitiv în calitatea vieții, în manifestarea plenară a ființei și a creativităţii minții omului. Iar aceasta va însemna, implicit, diminuarea manifestărilor depresive, consecință directă a îmbunătățirii condiției de echilibru sufletesc pe care o aduce harul lui Dumnezeu.

Cazurile de depresie gravă necesită o perioadă lungă de timp pentru refacere, dar și o asistență medicală de specialitate, care să „preia inițiativa" în completarea soluțiilor date de duhovnic. E bine de știut că, prin pregătirea și experiența sa, duhovnicul nu se poate „aventura"

în tratarea depresiei cu alte mijloace decât cele specifice slujirii sacramentale a Bisericii, tot așa cum psihologul sau psihiatrul fac uz de mijloace și tratamente specifice profesiei.

Duhovnicul poate preveni sau chiar atenua depresia în faza incipientă. Chiar dacă nu tratează depresia, totuși o poate preveni, ceea ce nu prea poate face un psihiatru sau un psiholog, care – în general – au contact cu persoana depresivă în faza critică sau acută a bolii. Aş putea spune că duhovnicul are un rol decisiv în faza de prevenţie; nu mai puţin în cea când apar primele semne ale bolii.

Nu trebuie uitat că şi pe mai departe, deşi tratamentul de specialitate e necesar în contextul acestor manifestări ale depresiei, el trebuie dublat în plan secundar de prezența și de asistența duhovnicului, și nu invers. Cu toate acestea, duhovnicul nu trebuie să renunțe la participarea sa specifică. Este o eroare încredinţarea exclusivă a depresivului în seama tratamentului de specialitate, lipsindu-l de asistența duhovnicească atât de necesară pentru suflet.

Implicarea duhovnicului, chiar și în cazurile de depresie gravă, e cu atât mai necesară cu cât se cunoaște că în astfel de situații – în procesul de vindecare – bolnavul are un rol foarte important. Aici poate contribui semnificativ preotul. Rolul acestuia este de a-i cultiva încredere de sine, de a-l apropia de Dumnezeu prin rugăciune, de a-l familiariza progresiv cu exigențele vieții creștine, prin lectura unor texte și meditația oferită de învățăturile Sfintei Scripturi, dar oferindu-i și acele soluții date de alte scrieri duhovnicești la problematica atât de complexă a vieții.

Cu tact și răbdare, duhovnicul îl poate scoate pe cel aflat în depresie gravă din acea stare a „negării" – a neîncrederii în sine și în oameni – şi îi poate sădi în minte planuri, proiecte și atitudini care să poată seconda tratamentul dat de specialiști.

În depresiile severe, cu ce „scheme de tratament" ar trebui să opereze duhovnicul? Până unde poate merge de unul singur și de unde intervine (și) psihologul sau medicul psihiatru?

Pr. Mihai Mărgineanu: Formele severe ale depresiei sunt indisolubil legate și de urmarea unui tratament medicamentos; de aici şi necesitatea administrării unei medicații adecvate. Tratamentul medicamentos și consultul din partea unui specialist în domeniu trebuie să primeze în astfel de situații.

Competența duhovnicului se limitează în special la fazele incipiente sau cele post-traumatice ale depresiei. În faza acută, responsabilitatea, autoritatea și implicarea psihiatrului sunt precumpănitoare. Dar – privind etiologic – depresia poate să aibă nu atât cauze fiziologice, cât unele de natură spirituală; în acest caz, primează tratamentul duhovnicesc. Nu că aşa ar fi părerea unor duhovnici, ci faptul că înşişi depresivii mărturisesc acest lucru.

De aceea, nu există o „schemă de tratament" în astfel de cazuri, ci este recomandabil ca preotul duhovnic să cunoască și să relaționeze împreună cu acele persoane cu pregătire în domeniu, care să îi poată acorda suportul informațional necesar în ceea ce privește abordarea depresiei, considerând suferința nu o stare circumstanțială, ci o boală cu implicații complexe.

Știut fiind că, în faza acută, depresivul recunoaște cu greutate că e bolnav și chiar refuză consultarea unui medic, duhovnicul trebuie să facă uz de toată autoritatea sa și de toată persuasiunea pentru a convinge penitentul sau familia că e nevoie şi de un consult de specialitate.

Procesul de vindecare a depresiei este anevoios, lung și cu multe sinuozități. O tulburare de moment poate întoarce înapoi câteva luni de tratament. Trebuie, așadar, avut în vedere că – în cazul depresivilor, ca și în cazul tuturor bolilor, pe lângă abordarea medicală – este necesar și harul lui Dumnezeu; e nevoie de tratarea sufletului prin acea „chirurgie sufletească” pe care o poate face numai un duhovnic.

De aceea, când vorbim despre depresie, lucrarea duhovnicului nu este concurențială, ci complementară și convergentă în raport cu activitatea psihologului. Prin urmare, pentru reușita tratării depresivului, psihologul are nevoie de sprijinul preotului, iar preotul, de competența profesională a unui psiholog sau psihiatru – după caz.

Duhovnicul poate ajuta și în identificarea cauzelor generatoare ale stării în care se află depresivul, mai ales când cel aflat în depresie severă se spovedește de mai multă vreme la acest duhovnic. De aceea, în astfel de cazuri, comunicarea între medicul curant și duhovnic devine necesară.

II. Abordarea psiho-medicală a depresiei

Conf. univ. dr. Radu Andrei,
medic primar psihiatru

Introducere. Argumentaţie

Acest mic ghid este adresat preoților din comunitățile ortodoxe de pretutindeni, ca un memento sau un simplu text introductiv în abordarea problematicii depresiei. Citirea sa implică însă un pericol: tentația unui diagnostic și nevoia de clasificare, periculoase chiar și pentru personalul medical, dar foarte riscante pentru un preot. Aceasta pentru că el nu cunoaște, de regulă, dificultățile pe care chiar și experții (și mai ales cei care sunt demni de acest titlu) le întâmpină în a formula o evaluare sintetică ce reprezintă diagnosticul.

Trebuie spus că sunt atât de multe elemente intuitive și tehnice de luat în calcul, încât unii psihoterapeuți și psihiatri adesea nu văd necesitatea unui diagnostic inițial. Ca atare, nu vom formula în aceste pagini o clasificare fermă care să conducă spre un diagnostic, ci doar un repertoriu de semne și simptome capabile să-l alerteze pe un duhovnic și să-i sugereze identificarea unei tulburări psihice pe care enoriașul său o prezintă, de a cărei aprofundare și vindecare ulterioară să se ocupe împreună cu specialiștii de profil.

Motive pentru care preoții ar putea cerceta semnele unei tulburări mintale/boli psihice:

- pentru a preveni ca o persoană tulburată – mai grav sau mai puțin grav – să-și facă rău sieși sau altora;
- să exercite o influență asupra pacientului și să-l convingă să-i consulte, în timp util, pe cei care pot să îi asigure un tratament eficient;
- pentru a evita ca anumite aspecte ale practicii religioase să servească, să alimenteze o tulburare psihică sau să întârzie recunoașterea ei ca atare;
- pentru a ajuta persoana respectivă să identifice sensul religios al conflictelor și suferințelor psihice pe care le trăiesc.

Primele două motive (prevenirea și orientarea către un tratament) sunt valabile pentru toți cei care vin în raport cu persoanele tulburate psihic. Ultimele două (protejarea autenticității atitudinilor religioase și favorizarea/promovarea integrării, cel puțin temporar, a bolii în plan religios) sunt specifice mai ales clerului, dar și celor care îngrijesc acest tip de pacienți și care apelează și la o perspectivă creștină.

De fapt, membrii comunităților creștine (din parohii, școli teologice, grupuri de voluntari, mișcări misionare creștin-ortodoxe) acționează adesea ca și cum preotul ar fi bine informat asupra acestor probleme.

Adesea, atunci când comportamentul unui pacient începe să devină neliniștitor, perturbant pentru anturaj sau atunci când anxietatea devine prea puternică pentru a fi suportată în continuare în singurătate, preotul este cel solicitat mai întâi.

Oamenii au încredere în preot pentru că este cunoscut ca fiind discret, imparțial, binevoitor, respectuos față de intimitatea familiei, dar și pentru că este considerat bine informat și capabil în a oferi „cele mai bune sfaturi în problema respectivă".

Unii preoți caută să obțină cele mai bune informații în acest domeniu (al tulburărilor psihice) prin lecturi de specialitate, discuții cu un medic sau psiholog, ori chiar prin participarea la sesiuni de formare. Alții, mai puțin înclinați în a cerceta aspectele profunde ale fenomenelor psihopatologice (considerându-le morbide), se găsesc implicați cotidian în situațiile cele mai critice ale existenței umane: naștere, căsătorie, boală, doliu. Deveniți prieteni (sau măcar apropiați) ai acestor oameni cu și prin participarea lor spirituală, se pot simți neputincioși în momentele în care astfel de situații antrenează efecte prelungite și, mai mult sau mai puțin, patologice: angoasa și/sau depresia *post partum*, ideea de persecuție extra- sau intra- conjugală, episoade depresive severe, ideea de suicid, alcoolism, delincvență etc.

În realitate, preotul, considerat ca fiind liderul spiritual al grupului și, ca atare, un consilier individual al tuturor membrilor, este cel mai bine poziționat în a aprecia la justa valoare schimbările comportamentale sau dramele interioare ale persoanelor din parohia sa. Sigur că familia este cea mai apropiată de bolnav, și prin aceasta un martor mai fidel, dar este de asemenea implicată intens emoțional și social în ceea ce i se întâmplă bolnavului, iar din aceste motive este mai predispusă fie să-l protejeze (uneori orbește), fie, alteori, să-l condamne cu agresivitate.

Astfel se întâmplă ca preotul să „ocupe" – am putea spune – o poziție unică ce-i permite să diferențieze, în situații particulare, între o reacție tranzitorie a unei personalități normale pusă în fața unei situații clar dificile și ceea ce ar putea semnala o perturbare profundă (poate chiar durabilă) a mecanismelor psihice pe care o determină boala mintală. Nu vrem să spunem prin aceasta că preotul poate determina care ar fi tulburarea psihică sau gravitatea ei reală, și nici că ar putea să se angajeze într-un travaliu terapeutic: acestea sunt atribuțiile specialiștilor. Însă, atunci când preotul este capabil să discearnă la timp semnele unei tulburări psihice, fie ea gravă sau ușoară, caută a îndeplini mult mai bine și mai eficient o sarcină importantă: să aducă un pic de ușurare acestor nefericiți (căci poate fi un nefericit mai mare pe lume decât bolnavul psihic?). Sarcină pentru care, în fond, sunt și primii solicitați: „Ce credeți, părinte?", „Ce-i de făcut?", „La cine să apelăm?".

I. Consideraţii generale

Pentru o mai bună definire a ceea ce numim depresie, este nevoie să clarificăm termenii de bază.

I.1. Ce este depresia?

Cuvântul *deprimat* este din ce în ce mai folosit în viața de zi cu zi. Unii oameni spun „sunt deprimat”, când de fapt ar trebui să spună „sunt obosit (sau sătul, sau plictisit, sau nostalgic), pentru că m-am certat (cu cineva)/ nu am reușit la un examen/ mi-am pierdut slujba” etc. Aceste suișuri și coborâșuri de dispoziție sunt comune și normale. Cei mai mulți inși se recuperează destul de repede. Adevărata depresie presupune o stare de spirit scăzută și o serie de alte simptome prezente în fiecare zi, timp de cel puțin două săptămâni. În plus, simptomele pot deveni destul de severe interferând cu activitățile normale de zi cu zi. Depresia reprezintă una din cele mai dificile și mai dureroase experiențe umane. Ea îi privează pe pacienți de energie, interes pentru viață și dorința de a-și ameliora situația. Poate antrena o percepție negativă de sine și despre restul lumii, viitorul părând uneori fără speranță. La fel, poate fi devastatoare în timpul unei sarcini sau după naștere.

Din păcate, după cum o arată și cifrele, depresia a devenit una dintre cele mai frecvente probleme de sănătate în plan mondial – peste 180 milioane de persoane afectate –, după statistica oficială a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS). Se estimează că, anual, 3-15% din populația generală prezintă un episod depresiv, dintre care 0,4-5% sunt severe. În Europa, 5,8% din populația adultă prezintă un episod depresiv sau o tulburare depresivă majoră (adică 33,4 milioane de persoane). Se estimează că, în anul 2020, depresia va deveni a doua cauză de dizabilitate la nivel mondial, după afecțiunile cardiovasculare. Costurile economice ale acestei tulburări sunt ridicate: în anul 2009, piața antidepresivelor la nivel mondial era estimată la 2 miliarde euro, în România la 22 milioane euro. Iar în termeni de suferință umană, efectele sunt imposibil de estimat.

I.2. Cum să înţelegem cauzele acestei tulburări psihice?

Știința actuală nu este capabilă încă să distingă o cauzalitate unică, simplă pentru a explica etiologia tulburărilor mintale, fie ele grave sau minore. Studii extinse în sectoare variate ale biologiei, psihologiei și sociologiei aduc permanent noi și noi precizări, contribuind la conturarea modelului etiologic.

Dintr-un punct de vedere foarte general, am putea să ne reprezentăm boala psihică sub forma unui ansamblu de reacții complexe, generate de personalitatea generală a omului, ca răspuns

la modificările importante pe care le suferă interior sau exterior. Astfel de modificări pot surveni în corpul său, în psihismul său sau în relațiile cu mediul. Dar reacțiile personalității repercutează imediat în toate aceste trei direcții. Unui observator extern, schimbările acestea i s-ar putea părea minore sau anodine (detașări sau transferuri legate de muncă, nașterea unui copil), sau aparent fericite (căsătoria, de ex.); alteori, dimpotrivă, pot părea destul de severe sau crude (decesul unui partener sau al unei rude, deteriorare fizică și psihică odată cu înaintarea în vârstă, boli severe etc.). De fapt, oamenii reacționează surprinzător de variat la aceste situații, când banale în sine, când atroce din punct de vedere obiectiv. Nu doar temperamentul intră în discuție aici, ci și semnificația intelectuală conștientă sau sensul afectiv (fie și inconștient) asupra situației.

Învățăm treptat să cunoaștem mai bine influențele care contribuie la diminuarea capacității unei persoane de a integra sau gestiona cu succes aceste situații angoasante:

- Factorii constitutivi (eventual ereditari) pot predispune unele persoane la tulburări psihice și/sau la reacții specifice față de diferite încercări de viață (depresia este un bun exemplu). Deși teoria genetică are contestatarii săi, se admite în genere faptul că factorul constitutiv joacă un rol important, cel puțin ca „teren" mai mult sau mai puțin favorabil în dezvoltarea bolii, chiar dacă specificitatea va trebui atribuită altor factori cauzali. În plus, a nu se confunda „ereditar" (constituțional) cu «aparent încă de la naștere»". Așa cum, de exemplu, capacitatea de reproducere sexuală este înnăscută (constitutivă), dar nu se manifestă decât la adolescență, tot așa s-ar putea ca o dispoziție psihopatologică să fie constitutivă, dar apariția sa să fie tardivă, fără a prejudicia ceilalți factori în cauză;

- Unele modificări ale integrității fizice (organice), pot în mod natural cauza reacții psihopatologice: o leziune a creierului, o alterare a sistemului nervos central sau o disfuncționalitate glandulară (cum ar fi a tiroidei, de ex.) pot modifica intempestiv echilibrul psihic și pot produce handicap/invaliditate persoanei respective prin efectul de solicitare, chiar normală din punct de vedere anatomic;

- Mai mult decât atât, este incontestabil faptul că fiecare ființă umană dobândește în copilărie, mai ales în cea mică (până la 6-7 ani), modalități/abilități caracteristice de a răspunde exigențelor mediului educațional și de a-și reduce anxietatea în legătură cu aceste solicitări sau frustrări. Aceste modalități de a reacționa sunt la început influențate și ulterior structurate, devenind relativ stabile datorită acestor ani de învățare timpurie, prin educație morală și religioasă și o mulțime de alte presiuni culturale de fond, care se exercită la început, în principal prin intermediul familiei. De exemplu, părinții pot să fi fost extrem de stricți și să fi reprimat orice manifestare de furie, sau să fi impus o igienă precoce, sau să-și fi înfrânat orice expresii de tandrețe, taxate drept „sentimentalisme". Drept urmare, tipul de personalitate rezultat din toate acestea (chiar și pe un fond genetic identic – ca în cazul gemenilor crescuți separat) se va dezvoltă, astfel, de o manieră durabilă. Bineînțeles, aceste trăsături de personalitate nu sunt anormale prin ele însele, dar afectează profund maniera de a reacționa a copilului, ulterior a adultului, față de anumite schimbări (de origine internă sau externă) sau față de relațiile sociale. Acest

gen de situații, prin ele însele banale, se încarcă cu un potențial afectiv și un ecou inconștient care vor putea deveni baraje insurmontabile pentru echilibrul sau dezvoltarea psihică;

- În fine, este de asemenea sigur că clivajele bruște și profunde din parcursul vieții, care afectează relațiile unei persoane cu grupuri importante pentru ea (familie, mediu de muncă, comunitate religioasă etc.), pot provoca dezvoltarea unei boli psihice, cu toate că unele medii științifice sunt înclinate să nu vadă aici decât simple ocazii de manifestare a unui teren, constitutiv sau dobândit, deja virtual patologic.

Oricare ar fi cauzele sau cauza principală ce împiedică personalitatea să integreze schimbările pe care le suferă, vine un moment în care persoana fie va fi nevoită să se închisteze într-un tip de atitudini conflictuale permanente (care o împiedică să îndeplinească cu ușurință unele dintre sarcinile sale elementare și care, mai ales, paralizează capacitatea sa de a munci și de a iubi), fie va fi atât de copleșită de împrejurările din viața reală, încât va încerca să-și construiască treptat sau brusc o lume fantastică unde să se refugieze.

În plan concret, în general admitem ca ipotetice următoarele două posibilități:

1. Personalitatea pacientului nu numai că a abandonat reacțiile normale, regresând sau dezorganizându-se, dar, de asemenea, recreează, treptat și odată cu dezvoltarea bolii, un mod cu totul diferit de a trăi, simți, înțelege, vorbi și de a se apăra, care constituie originalitatea personalității sale (actualmente bolnave).

2. Manifestările psihopatologice au sens: conduitele sau cuvintele cele mai bizare și „evadările” cele mai stranii în afara realității sunt profund motivate și au semnificații, chiar dacă nu atât de evidente pentru noi.

II. Incidența și contextul depresiei

Despre context putem spune că trăim într-un climat propice depresiei. Dar asupra cui are incidență acest climat? La această întrebare încerc să răspund în cele ce urmează.

II.1. Pacientul. Cine devine depresiv?

Aproximativ 5% dintre adulți au depresie în fiecare an. În unele cazuri, întâlnim o formă ușoară de depresie sau care poate dura poate câteva săptămâni. Cu toate acestea, se constată că, la un moment dat, un episod de depresie suficient de grav pentru a necesita tratament apare la aproximativ 1 din 4 femei și la 1 din 10 bărbați; unele persoane au chiar două sau mai multe episoade de acest tip.

Următoarele situații pot declanșa depresia:

1. Condiții de viață stresante, cu pierderi (traume) repetate (de ex., moartea unui soț sau părinte, avort spontan, divorț sau separare, pierderea capacității de muncă etc.);

2. Condiții de stres cronic: un program supraîncărcat de muncă, o privare de somn cronică etc.;

3. Sentimente constante că persoana e copleșită de situație și impresia că pierde controlul asupra existenței sale;

4. Consumul de alcool sau droguri, inclusiv tutun;

5. Antecedente de evenimente și experiențe traumatizante în copilărie (violențe sexuale, abuz, neglijare, martori la violența parentală ...);

6. Deficiențe nutriționale. Deficitul de vitamina B6 (în special, la femeile care iau contraceptivele orale), vitamina B12 (în special, în rândul persoanelor în vârstă și persoanele care beau foarte mult), vitamina D, acid folic, fier, omega-3 sau unii aminoacizi grași ar putea duce la o depresie;

7. Condiții de viață dificile: șomaj, salarii mici, apartenența la o comunitate socială defavorizată, părinte (mamă sau tată) unic etc.;

8. Episoade anterioare de depresie (cresc șansele de a suferi un alt episod depresiv);

9. Condiții de viață cu un soț sau un părinte deprimat.

Dintr-o perspectivă sociologică, următoarele grupuri sunt mai afectate:

1. *Femeile*. Aproximativ de 2 ori mai multe femei decât bărbați suferă cel puțin o dată de depresie în timpul vieții (cu toate că unele studii au găsit o frecvență similară la ambele sexe). Este posibil și ca femeile să apeleze la consult mai frecvent decât bărbații atunci când au simptome depresive, ipoteză care ar putea explica parțial de ce boala este mai des diagnosticată la sexul feminin.

2. *Bărbații care trăiesc/locuiesc singuri*.

3. *Tinerii*. Primul episod depresiv apare adesea în adolescența târzie sau la maturitatea timpurie. În Europa Occidentală, sinuciderea este a doua cauză de deces în rândul tinerilor, după accidentele rutiere (din categoria morților violente).

4. *Persoanele în vârstă*. Între 15% până la 20% dintre persoanele în vârstă trăiesc perioade depresive, care însă de multe ori trec neobservate. Cauze posibile:

a) singurătatea;

b) moartea unui soț sau prieten;

c) factori fiziologici legați de îmbătrânire, cum ar fi o scădere semnificativă a serotoninei precum și alte modificări metabolice;

d) subnutriția, care poate duce la deficiențe contribuind la depresie (în special de acid folic si de vitamina B12).

5. *Homosexualii*. Mai multe studii indică faptul că homosexualii, lesbienele și bisexualii au un risc mai mare de a avea probleme de sănătate mintală, în special depresie, tulburări de anxietate și comportament suicidar.

6. *Persoanele suferind de boli cronice*, mai ales cele dureroase. Durerile cronice (migrene sau dureri de spate, de exemplu) sau o boală invalidantă (diabet, accident vascular cerebral ș.a.) cresc foarte mult riscul de depresie, în special în rândul tinerilor.

7. *Consumatorii de substanțe psihoactive, alcoolul*.

II.2. Conjuncturile apariţiei şi dezvoltării stresului

Vorbind despre trauma sufletească și despre stres în general, există o serie de instrumente ce caută să aprecieze nivelul încărcăturii emoționale negative generate de diverse evenimente de viață. Unul binecunoscut este ***Scala de stres Holmes și Rahe***, prezentat în tabelul următor:

Rang	Eveniment	Scor
1	Moartea soţului/soţiei	100
2	Divorţul	73
3	Separarea conjugală	65
4	Eliberarea din închisoare	63
5	Moartea unei rude dragi	63
6	Boala personală	53
7	Căsătoria	50
8	Pierderea serviciului	47
9	Reconcilierea conjugală	45
10	Pensionarea	45
11	Boala unei rude	44
12	Graviditatea	40
13	Dificultăţile sexuale	39
14	Un nou membru în familie	39
15	Restructurarea afacerii	39
16	Schimbările financiare	38
17	Moartea unui prieten	37
18	Schimbarea ocupației	36
19	Certurile mai frecvente	35
20	Datoriile mari	32
21	Ipoteca	30
22	Schimbarea serviciului	29
23	Plecarea unui fiu/unei fiice	29
24	Problemele cu socrii	29
25	Succesul personal deosebit	28
26	Partenerul începe sau încetează lucrul	26
27	Începutul sau sfârșitul școlii	26
28	Schimbarea condițiilor de locuit	25
29	Modificarea unor obiceiuri	24
30	Problemele cu șeful	23
31	Schimbarea programului/condițiilor de lucru	20
32	Schimbarea locuinței	20
33	Schimbarea școlii	20

34	Schimbarea unor activități de timp liber	19
35	Schimbarea unor activități religioase	19
36	Schimbarea unor activități sociale	18
37	Datoriile mici	17
38	Schimbarea programului de somn	16
39	Reuniunile familiale	15
40	Schimbarea obiceiurilor alimentare	15
41	Vacanțele	13
42	Crăciunul	12
43	Contravențiile legale	11

III. Simptomele afecţiunii

Simptomele sunt manifestările specifice bolii; ele ne ajută să o diagnosticăm. Adică să facem diagnoza bolii.

III.1. Cum recunoaştem depresia?

Fiind o boală care poate afecta pe oricine și oricând, depresia nu reprezintă doar o stare de tristețe trecătoare. Tulburarea depresivă afectează corpul, dispoziția și schemele de gândire, influențând maniera în care insul mănâncă, doarme, se simte și gândește; nu trebuie confundată cu tristețea pasageră, nu reprezintă semnul vreunei slăbiciuni personale sau a unei stări posibil de depășit printr-un efort de voință. Oamenii care suferă de depresie sunt incapabili să se „remonteze" și să se echilibreze prin ei înșiși. Fără tratament, simptomele pot persista săptămâni, luni sau chiar ani. Dimpotrivă, un tratament adecvat poate ajuta majoritatea persoanelor depresive să-și reia stilul de viață avut anterior.

Depresivul poate prezenta variate simptome emoţionale, cognitive, fizice sau comportamentale. Perturbarea fundamentală este o schimbare în afecte sau dispoziţie cu sau fără anxietate asociată. Modificarea dispoziţiei este, de obicei, însoţită de o schimbare la întregul nivel al activităţii; cele mai multe din celelalte simptome sunt fie secundare acesteia, fie uşor de înţeles în contextul schimbării în dispoziţie şi activitate, şi tind să fie recurente, iar debutul episoadelor individuale poate fi deseori legat de evenimente sau situaţii stresante.

Dispoziția scăzută variază puțin de la zi la zi, este insensibilă față de circumstanțe și poate fi însoțită de simptome așa-numite „somatice", din categoria celor enumerate mai jos. În funcție de numărul și severitatea simptomelor, un episod depresiv poate fi apreciat ca fiind ușor, moderat sau sever.

III.2. Principalele semne ale depresiei

Severitatea simptomelor variază de la o persoană la alta și se schimbă, de asemenea, în funcție de evoluția bolii. Pot fi prezente doar câteva dintre următoarele simptome, sau mai multe, concomitent:

- persoana este în mod constant obosită și anxioasă; pare să trăiască și să se miște lent, „cu încetinitorul" sau fără energie;

- printre simptome, se numără, de asemenea, neliniștea și iritabilitatea extremă, tensiunea interioară, anxietatea;

- persoana deprimată este adesea copleșită de tot felul de sentimente negative, inclusiv lipsă de speranță, pesimism, sentimentul de vid interior, sentimentul de inutilitate sau de neputință, care pot duce la gânduri de suicid și chiar la sinucidere;

- depresivul își pierde interesul pentru orice activități, inclusiv pentru cele de ordin sexual, își abandonează orice *hobby* sau alte activități de relaxare practicate anterior;

- pacientul suferă adesea de tulburări de concentrare și de memorie și dificultăți în luarea deciziilor. De exemplu, i-ar putea fi dificil să citească, să lucreze sau să execute rutinele simple (spălatul vaselor, igiena personală ș.a.);

- de multe ori, pacientul se plânge de insomnie, trezire dimineața devreme, sau, dimpotrivă, de o oboseală și o nevoie crescută de somn, nejustificată;

- pierderea poftei de mâncare și, eventual, pierderea în greutate; dar, de asemenea, apetitul crescut și creșterea în greutate pot fi semne de depresie;

- simptomele fizice persistente care nu răspund la vreun tratament – cum ar fi: dureri de cap, tulburări digestive sau dureri cronice, dureri de spate – sunt de multe ori observate;

- plânsul facil și în general o labilitate emoțională; toleranță scăzută la frustrare;

- incapacitatea de a mai simți emoții, frică, auto-învinovățire sau auto-compătimire;

- sentimentul de neajutorare;

- stima de sine scăzută;

- gândurile recurente de moarte; nu este, de regulă, o frică propiu-zisă de moarte, ci mai mult o meditație prelungă, o preocupare. Pentru unii oameni deznădăjduiți, ideile „negre" cum ar fi „viața nu merită să fie trăită" sau „nu-mi pasă dacă nu mă mai trezesc" sunt curente. Uneori, această ideație poate degenera în gânduri și planuri de sinucidere.

Putem presupune că avem de a face cu un episod de depresie, dacă:

- există cel puțin cinci din simptomele de mai sus;

- simptomele provocă stres sau afectează funcționarea normală (cum ar fi performanțele de lucru);

- simptomele persistă în decursul zilei, în majoritatea zilelor, și au o durată de cel puțin două săptămâni;

- simptomele nu sunt un efect secundar al vreunei medicații, consumului de droguri sau abuzului de alcool, sau a unei boli somatice (fizice), cum ar fi o insuficiență funcțională a unor glande endocrine (cu secreție internă).

Multe persoane cu depresie spun ca simptomele sunt din ce în ce mai greu de suportat pe zi ce trece; în plus, odată cu depresia, este posibil să apară și simptome fizice, precum: dureri de cap, palpitații, dureri toracice sau de spate și stări de rău general.

Unii depresivi, deoarece au un simptom fizic dintre cele mai sus exemplificate, ajung să consulte un alt medic la început. Ei sunt preocupați (în mod firesc) de faptul că durerile pot fi asociate cu o boală fizică (ex: afecțiune cardiacă), când de fapt sunt cauzate de depresie.

Se dovedește, așadar, că depresia este o cauză destul de comună a simptomelor specifice bolilor fizice. Dar și reciproca este, de asemenea, adevărată: persoanele cu afecțiuni somatice grave au mai multe șanse decât media de a dezvolta depresie.

Unele persoane cu depresie severă pot avea, de asemenea, iluzii și/sau halucinații. Halucinație înseamnă a auzi, vedea, simți, mirosi sau gusta ceva ce nu este real, nu există. Acestea sunt numite simptome psihotice. Ele pot susține delirul, care este o credință falsă, morbidă, în contradicție cu realitatea și cu care cei mai mulți oameni din aceeași cultură ar fi de acord că este greșită. De exemplu, credința bolnavilor cum că anumiți oameni din jur pun la cale să îi omoare sau că există o conspirație împotriva lor.

III.3. Recunoaşterea depresiei la copii şi adolescenţi

La copiii sau adolescenții depresivi, putem observa mai curând tristețea decât iritabilitatea. Pentru ca depresia să fie efectivă la această categorie de populație, tristețea ar trebui să fie însoțită și de alte simptome (măcar patru) din cele așa-zis „suplimentare”:

- o schimbare a apetitului (poftei de mâncare), schimbarea în greutate, modificări ale somnului (insomnia), diminuarea activității psiho-motorii;
- o scădere a energiei;
- idei de autodevalorizare sau culpabilizare;
- dificultăți de concentrare, scăderea randamentului școlar, dificultăți în luarea deciziilor.

Alte idei, gânduri, sentimente care pot fi prezente:

- o atitudine agresivă (pe care nu o avea înainte), sau o iritabilitate crescută;
- o sensibilitate emoțională excesivă (plânge din orice);
- o agitație, „un freamăt” continuu, cu imposibilitatea de a rămâne așezat, se plimbă agitat, își frământă mâinile, sau alteori, dimpotrivă, lasă impresia că gândește și acționează cu lentoare („cu încetinitorul”)
- dureri de cap, de burtă sau de spate;
- sentimente de „gol interior”, impresia că „nu resimte nimic”, „nimic nu contează și nu are sens”.

Aceste simptome sunt însoțite de o suferință semnificativă și o alterare a funcționării sociale, școlare sau în alte domenii importante.

De notat că depresia este adesea însoțită și de alte simptome psihice, cum ar fi: anxietatea (frica), tulburările de alimentație (lipsă de poftă de mâncare sau, dimpotrivă, apetit crescut), exces de alcool sau consumă droguri (mulți utilizează aceste substanțe pentru a-și ușura trăirile neplăcute).

Totuși, depresia este rară la copii (0,5% cazuri), dar ar trebui dată atenție particulară la orice schimbare neașteptată de comportament și la semnele de izolare, absență, sau, dimpotrivă, de iritabilitate și sau agitație:

- nu mai vrea să se joace sau să iasă cu prietenii;
- este iritabil sau plânge des;
- se plânge de dureri de cap, spate sau burtă;
- spune că nu mai are chef de viață, sau că ar fi trebuit să nu se fi născut;
- se izolează de grup și nu mai are randament la școală (corigent, repetent);
- crește, dar fără a lua în greutate.

Depresia la adolescenți poate fi greu de deosebit de momentele de criză proprii acestei etape de viață. Apare la 3%-4% dintre adolescenți, mai frecvent la fete. Simptome de genul celor ce urmează trebuie supravegheate:

- consum spontan de droguri sau alcool;
- stări de agitație;
- violențe verbale;
- indiferență aparentă;
- tendință de izolare;
- dezinteres pentru școală, apărut în mod instantaneu;
- semne de automutilare;
- verbalizare a unor idei suicidare.

IV. Care sunt complicaţiile cel mai des întâlnite ale depresiei:

1. Recurența depresiei: este relativ frecventă, ținând cont de faptul că survine la aproximativ 50% dintre persoanele care au avut depresie. Tratamentul de specialitate reduce riscul de recurență.

2. Simptome reziduale persistente: situația în care depresia nu se vindecă complet și unde, chiar și după episodul depresiv, persistă semnele specifice.

3. Cronicizarea depresiei.

4. Riscul de suicid. Depresia este principala cauză de sinucidere: aproximativ 70% din oameni care se sinucid suferă anterior de depresie. Bărbații de peste 70 de ani, cu depresie, sunt cei mai expuși riscului de suicid. Ideile ca atare, uneori numite „gânduri negre", sunt un semn de depresie.

Deși cei mai mulți oameni cu ideație de sinucidere nu trec la fapte, aceasta constituie un semn de avertizare, dezvoltând-o pentru a curma o suferință care li se pare insuportabilă.

5. Tulburări asociate. Depresia are legături fizice sau psihologice cu alte probleme: anxietatea; dependența de alcool; consumul de droguri, cum ar fi consumul de canabis, ecstasy, cocaină; dependența de anumite medicamente, somnifere sau tranchilizante ș.a.

6. Risc crescut de boli cardiovasculare şi diabet. Într-adevăr, depresia este asociată cu un risc mai mare de probleme cardiace sau accidente vasculare cerebrale. Mai mult decât atât, depresia ar putea accelera ușor debutul diabetului la cei cu risc preexistent. În plus, unele medicamente pot crește pofta de mâncare și determina creșterea în greutate. Toți acești factori cresc riscul de diabet de tip 2.

V. Vindecarea. Care sunt opţiunile de tratament pentru depresie?

Un pacient care suferă de o tulburare depresivă se simte epuizat, golit de energie, neputincios și disperat. Aceste gânduri și sentimente negative îi fac pe unii depresivi să se lase în voia sorții, să se abandoneze. Este important de știut că aspectele negative fac parte integrantă din tabloul depresiei și nu reflectă, în consecință, realitatea. De asemenea, este important ca insul să nu asocieze mental depresia cu „nebunia”. Pe măsură ce tratamentul antidepresiv începe să-și facă efectul, gândurile și ideile negative se diminuează.

În general, tratamentele sunt împărțite în cele utilizate pentru depresia ușoară şi cele utilizate pentru depresia moderată şi severă.

Foarte multe persoane pot trece cu bine printr-un episod depresiv uşor, fără nici un tratament. Totuşi, un asemenea episod poate dura luni de zile sau chiar mai mult (cu o medie de 6-8 luni). Între timp, traiul cu depresia poate fi dificil și dureros pentru cel în cauză, iar relațiile sociale, activitatea la serviciu sau cea din familie pot fi în mod serios afectate.

V.1. Medicaţia antidepresivă

Medicația antidepresivă nu este de obicei recomandată pentru tratamentul inițial al depresiei ușoare decât dacă medicul specialist consideră altfel. Un antidepresiv poate fi recomandat pentru depresie ușoară în anumite circumstanțe. De exemplu, la persoanele:

- cu forme de depresie ușoară care persistă după alte tratamente;
- căror depresie este asociată cu o boală fizică;
- care au avut un episod de depresie moderată sau severă în trecut;
- la care se recomandă antidepresive, ca o a doua linie de tratament.

Pentru depresia ușoară, tratamentele funcționează în general bine și simptomele se ameliorează. Cu toate acestea, în cazul în care simptomele nu se îmbunătățesc semnificativ, se recurge la tratamentele recomandate, de obicei, pentru depresie moderată sau severă.

Un medicament nu poate eradica complet o depresie. Cu toate acestea, simptomele precum dispoziția scăzută, lipsa de concentrare, problemele cu somnul, tonusul general, lipsa de energie pot fi ușurate cu un antidepresiv.

Un antidepresiv nu-și face de obicei efectul imediat. Pot trece 2-4 săptămâni înainte ca efectul să se manifeste pe deplin; fapt este că mulți pacienți întrerup medicația doar după o săptămână, având impresia că nu-i ajută. De asemenea, este important de știut că durata obișnuită de tratament antidepresiv continuă timp de cel puțin șase luni după ce simptomele au dispărut. Astfel, depresia poate reapărea rapid.

Există mai multe tipuri de antidepresive, fiecare dintre ele cu diferite argumente pro și contra. De exemplu, acestea diferă în ceea ce privește posibilele efecte secundare. Dacă primul medicament prescris nu convine, atunci el poate fi înlocuit cu altul, mai bine tolerat (legătura cu medicul este importantă).

Persoanele cu depresie moderată sau severă au o șansă reală de a-și îmbunătăți starea, în termen de câteva săptămâni de la începerea unui tratament antidepresiv. Dar medicamentul nu acționează la fel la toată lumea: unele antidepresive funcționează mai bine la unii decât la alții. Prin urmare, medicul trebuie înștiințat dacă simptomele nu încep să se îmbunătățească după aproximativ 3-4 săptămâni de la administrarea unui antidepresiv. În această situație, se obișnuieşte a se proceda fie la o creștere a dozei (în cazul în care doza maximă nu este încă atinsă), fie la trecerea la un alt tip de antidepresiv. La sfârșitul unei cure de tratament, doza administrată se reduce treptat, în aproximativ patru săptămâni, deoarece unii pacienți dezvoltă simptome de sevraj în cazul în care un antidepresiv este oprit brusc.

V.2. Tratamentele psihologice (psihoterapeutice)

În general, combinația terapeutică între un antidepresiv și un tratament psihologic este considerată a fi mai bună decât o abordare singulară. Cele mai multe tratamente psihologice durează în medie 12-20 sesiuni săptămânale, a câte 1-2 ore fiecare.

Terapia cognitiv comportamentală (TCC). Pe scurt, terapia cognitiv comportamentală se bazează pe ideea că anumite moduri de a gândi pot declanșa sau alimenta probleme de sănătate mintală, cum ar fi depresia. Terapeutul ajută la înțelegerea tiparelor de gândire negativă, în special la identificarea de idei sau gânduri dăunătoare, nefolositoare, care pot conduce și la depresie. Scopul este ca apoi să se schimbe modul de gândire și, de asemenea, pentru a ajuta ca tiparele de gândire să fie mai realiste și de ajutor. Altfel spus, TCC îi ajută pe oameni să înfăptuiască schimbări în modul în care gândesc, se simt și se comportă.

Terapia interpersonală (TIP). Fiind uneori oferită în loc de TCC, TIP se bazează pe faptul că relațiile personale pot juca un rol important în influențarea stării de spirit și a stării mentale.

Terapeutul ajută la schimbarea gândirii, comportamentului și la îmbunătățirea interacțiunilor cu alte persoane. De exemplu, TIP se poate concentra pe probleme cum ar fi cele rezultate în caz de deces sau de dispute cu alte persoane, ceea ce ar putea contribui la instalarea și întreținerea depresiei.

Activarea comportamentală. La baza acestei terapii se află ideea că anumite comportamente, precum lipsa de activitate însoțită de gânduri ruminative (care macină insul) pot fi factori-cheie în menținerea depresiei. Terapeutul își propune să ajute pacientul să combată aceste comportamente nefolositoare.

Terapia de cuplu. Această psihoterapie poate fi o opțiune pentru persoanele care au un partener stabil și în cazul în care relația negativă din cuplu contribuie la menținerea depresiei. Sau în cazul în care implicarea partenerului este considerată ca având un potențial benefic, util.

Auto-ajutorarea. Există diverse broșuri și cărți care pot ajuta bolnavul să înțeleagă și să combată depresia. Cele mai des întâlnite se bazează pe principiile TCC, așa cum este specificat succint mai sus. În mod ideal, un program de auto-ajutorare ghidat este una dintre terapiile cele mai indicate, cu condiția să fie furnizat și monitorizat (în evoluție) de către un medic psihiatru. Un program de auto-ajutorare dă o anumită motivație și un efort intrinsec de a lupta împotriva depresiei, constând din 6-8 sesiuni de lucru (față-în-față sau/și prin telecomunicație) timp de 9-12 săptămâni.

VI. Mediul uman de suport.
Cum trebuie să se comporte anturajul depresivului?

În intenția de a sprijini recuperarea depresivului, cei apropiați ar trebui să aibă în minte o serie de aspecte:

- depresia nu este o slăbiciune de caracter, nici nu este cauzată de lipsa de voință, ci este o maladie (afecțiune);
- este nevoie să fie arătat sprijinul acordat, fără însă a se exagera;
- subiectul depresiv caută afecțiune, nu milă;
- activitatea fizică se dovedește utilă în ameliorarea stării generale, deci trebuie încurajată sau acompaniată;
- micile schimbări pozitive observate trebuie să fie comunicate pacientului, pentru că au un efect benefic și accelerează schimbarea;
- pacientul cu depresie trebuie încurajat permanent prin conştientizarea că starea lui este reversibilă și boala se va vindeca.

Este de reținut că, în tratamentul împotrivadepresiei, familia joacă un rol important; la fel și prietenii pacientului.

VII. Recidiva. Se va întâmpla din nou?

Un episod unic de depresie, la un moment dat în viață, este ceva obişnuit. Cu toate acestea, unii oameni au două, trei sau mai multe episoade, iar fiecare episod în parte poate necesita tratament.

Pentru astfel de persoane pot fi luate în considerație următoarele opțiuni de tratament:

1. Administrarea unui antidepresiv pe termen lung, pentru a ajuta la prevenirea recurenței depresiei;

2. Terapia cognitivă bazată pe „conștiința deplină”

- TCCD (o stare mentală realizată prin concentrarea conștienței asupra momentului prezent, recunoscând și acceptând propriile sentimente, gânduri și senzații corporale). Metodele TCC „clasice” se bazează pe educarea pacientului în privința depresiei, în vreme ce TCCD se focalizează pe conștientizarea voluntară a propriului corp, emoții și gânduri în timp real, pe măsură ce ele apar, dar fără să te atașezi de ele, să te identifici cu ele sau să le respingi. TCCD, ca și TCC, se bazează pe ideea că atunci când un ins ce are un trecut de depresie este bulversat sau descumpănit, aceleași habitudini mentale automate care au cauzat depresia își reiau locul și declanșează un nou episod depresiv. Obiectivul terapiei este de a scoate pacientul din ciclul obișnuințelor automate și să-i furnizeze instrumente care să-i permită să nu reacționeze la stimuli, ci doar să-i observe fără să-i judece. Practica aceasta îi permite să remarce atunci când procesele de gândire automată survin și să-și modifice în mod conștient reacțiile în consecință. Terapia se face de obicei în grupuri de 8 până la 15 persoane. Se compune din întâlniri săptămânale de două ore, timp de aproximativ opt săptămâni. Există, apoi, patru sesiuni de *follow-up* în cele 12 luni de la încheierea tratamentului.

VIII. Anumite afecţiuni înrudite

1. **Depresia postnatală**: unele femei dezvoltă depresie după naștere.

2. **Tulburarea bipolară**: la unele persoane, depresia poate alterna cu perioade de euforie și hiperactivitate (manie sau hipomanie). Aceasta se numește tulburare bipolară (denumită uneori tulburare maniac-depresivă). Tratamentul tinde să includă medicamente stabilizatoare de dispoziție, cum ar fi litiu, valproat etc.

3. **Tulburări afective sezoniere (TAS).** Unii oameni dezvoltă depresii recurente doar în lunile de iarnă. Aceasta se numește tulburare afectivă sezonieră (TAS); simptomele de depresie se dezvoltă, de obicei, în fiecare an, undeva între septembrie și noiembrie. Tratamentul este similar cu alte depresii, dar fototerapia (cu lumină) este, de asemenea, eficientă în acest caz.

4. **Alte probleme de sănătate mintală**. Depresia apare uneori în același timp cu alte probleme de sănătate mintală; de exemplu, la persoanele cu tulburări de anxietate, tulburare de panică și de personalitate. De regulă, aceasta trebuie tratată mai întâi, urmată de tratarea celeilalte probleme. În special, anxietatea se va îmbunătăți adesea după tratamentul depresiei.

5. **Tulburările de alimentație,** cum ar fi anorexia și bulimia, pot însoți depresia. În această situație, tulburarea de alimentație este, de obicei, obiectivul principal al tratamentului.

IX. Care este cel mai bun mod de a face față depresiei? Ce trebuie transmis, în general, depresivului? Câteva lucruri de făcut, respectiv de evitat

Există un clenci în depresie: recuperarea din boală necesită acțiune, dar orice activitate este dificilă atunci când ești deprimat. Și, totuși, este indicat și de un real folos ca următoarele mesaje să fie transmise:

- „Nu lăsați lucrurile să meargă «de la sine»";
- „Încercați să vorbiți cu prietenii apropiați despre cum vă simțiți";
- „Nu este o dovadă de slăbiciune să plângeți sau să recunoașteți că vă este greu";
- „Lăsați-vă sprijinit: căutați sprijin de la oamenii care vă fac să vă simțiți în siguranță și îngrijit. Persoana cu care vă confesați trebuie doar să fie un bun ascultător – cineva care va asculta cu atenție și compătimire, fără a fi distras sau înclinată să vă judece";
- „Apelurile telefonice, media și mesajele text sunt modalități de a rămâne în contact, dar ele nu înlocuiesc timpul și calitatea unui contact uman. Simplul act de a vorbi cu cineva față în față, cu privire la modul în care vă simțiți, poate juca un rol important în ameliorarea trăirilor depresive";
- „Nu disperați: cele mai multe persoane cu depresie își revin (se fac bine); este important să vă amintiți mereu acest lucru";
- „Încercați să vă distrați făcând și alte lucruri decât cele de rutină, care nu necesită multă concentrare, dar care pot constitui o sursă de plăcere: programe TV comice, muzică de relaxare. Programele radio-TV sunt utile mai ales noaptea, dacă adormirea este o problemă";
- „Pentru a depăși depresia încercați să faceți lucruri care vă destind și vă dinamizează. Poate simțiți că nu aveți multă energie, dar probabil că aveți suficientă pentru o scurtă plimbare în natură, sau pentru a telefona unui prieten. Faceți lucrurile care vă fac plăcere și chiar dacă nu puteți să vă forțați să simțiți plăcere sau să vă bucurați, puteți, totuși, să vă impuneți să faceți acele lucruri. S-ar putea să fiți surprinși că vă simțiți mai bine odată ieșiți afară în lume. Și chiar dacă depresia nu se ameliorează imediat, o să fiți, încet, încet, mai optimist și mai energic";
- „Mâncați în mod regulat, chiar dacă nu aveți chef. Încercați să aveți o dietă sănătoasă. Ceea ce mâncați are un impact direct asupra modului în care vă simțiți. Reduceți cantitățile

de alimente care vă afectează negativ creierul, cum ar fi: cafeina, alcoolul, grăsimile hidrogenate și alimentele conservate sau cu mulți aditivi alimentari (faimoasele E-uri!)";

- „Nu «săriți» nici o masă, pauza prea mare între o masă și alta vă face iritabili și obosiți. Reduceți zahărul și glucidele rafinate (deși toți depresivii au tendința să consume dulciuri în exces), luați suplimente de vitamina B, mâncați mai multe citrice (dar nu grapefruit!), verdețuri, ouă, fasole verde, carne de pasăre (dacă se poate «de țară»!), pește (bogat în acizi grași), omega 3";

- „Nu beți prea mult alcool. Consumul de alcool este tentant pentru unii oameni cu depresie, deoarece efectul de ameliorare a simptomelor poate apărea imediat. Cu toate acestea, consumul crescut de alcool este de natură să facă situația mai rea pe termen lung. De asemenea, este foarte dificil a evalua sau trata depresia dacă consumați mult alcool";

- „Nu luați niciodată decizii majore când sunteți deprimați. Uneori, poate fi tentant să renunțați la un loc de muncă sau să vă despărțiți de cineva pentru a rezolva problema, dar adesea se dovedește o soluție pripită. Dacă este posibil, ar trebui să amânați orice decizie majoră cu privire la relații, loc de muncă sau bani, până când vă este bine din nou";

- „Uneori, este mai bine să nu întrerupeți munca; prea mult timp liber v-ar putea face să vă fixați cu gândul asupra tristeții, iar izolarea acasă agravează starea proastă. Revenind la vacarmul vieții «normale», aceasta poate ajuta procesul de vindecare până când lucrurile se ameliorează. Fiecare persoană este diferită, iar capacitatea de a lucra în anumite condiții variază";

- „Nu vă izolați! Retragerea și izolarea sunt tendințe ce fac parte din tabloul depresiei; evitați-le! Încercați să țineți pasul cu activitățile sociale, chiar dacă nu aveți chef. De multe ori, anturajul altor persoane vă va face să vă simțiți mai puțin deprimat";

- „Mișcați-vă, nu rămâneți inactiv în timpul zilei! Când sunteți deprimat și simpla acțiune de a vă da jos din pat pare o sarcină dificilă, ca să nu mai vorbim de mișcare! Dar mișcarea este un bun antidot pentru depresie și anxietate, un instrument din cele mai utile din arsenalul de recuperare. Cercetările au arătat că exercițiile regulate pot fi la fel de eficace ca și medicamentele în ameliorarea simptomelor depresive și, în plus, ajută la prevenirea recăderilor (o simplă plimbare de 30 minute zilnic poate ajuta enorm";

- „Fixați-vă zilnic obiective realiste: împărțiți-vă sarcinile ce vi se par insurmontabile în altele mai mici și mai ușor de gestionat, realizabile. Amânați luarea deciziilor importante până când vă simțiți bine; oricum, este indicat să le discutați înainte cu familia sau cu un prieten care are o imagine mai obiectivă asupra situației";

- „Găsiți modalități de a-i sprijini pe alții. Este frumos să primiți sprijin, dar studiile arată că veți obține un impuls mai mare în starea de spirit, dacă oferiți sprijin altora. Găsiți modalități pentru a-i ajuta pe alții; faceți ceva frumos pentru altcineva";

- „Îndepărtați gândurile negative, de tipul: «sunt neputincios și slab»; «mă năpădesc ghinioanele și sunt multe lucruri de făcut în legătură cu asta»; «situația mea este disperată»";

- „Depresia aruncă o lumină negativă inclusiv asupra manierei în care vă priviți și a expectanțelor pe care le aveți pentru viitor. Când gânduri de o asemenea factură vă copleșesc,

este important să vă amintiți că depresia este «cea care vorbește în dumneavoastră». Asemenea atitudini iraționale și pesimiste – cunoscute sub numele de distorsiuni cognitive – nu sunt realiste. Când le judecați rațional, ele «nu țin», dar chiar și așa sunt greu de înlăturat. Schimbarea spre un model pozitiv de gândire pare dificilă pentru că asemenea modele de a privi viața au devenit aproape automate”;

- „Susțineți-vă sănătatea. Încercați să controlați și să ameliorați somnul, pentru că depresia implică, de regulă, probleme în această privință: dacă dormiți prea mult sau prea puțin, dispoziția sufletească are de suferit. Impuneți-vă un orar de somn, eventual apelând la o medicație adecvată. Expuneți-vă zilnic la soare, faceți plimbări afară în aer liber. Lipsa luminii solare agravează depresia”;

- „Spuneți imediat medicului dumneavoastră dacă vă simțiți mai rău, mai ales dacă vă tulbură gândurile de inutilitate, abandon sau sinucidere”;

III. Studiul fenomenului depresiei asupra populaţiei adulte tinere din teritoriul canonic al Arhiepiscopiei Iaşilor

Arhimandrit Nicodim Petre
Sociolog Dumitru Dulgheru

Referințe tehnice descriptive

Realizatorul studiului: Departamentul de Statistică și Cercetare, în colaborare cu Departamentul de Tineret

Natura studiului: cercetare sociologică

Perioada de culegere a datelor: oct. – nov. 2016

Universul cercetat: duhovnicii din Arhiepiscopia Iașilor

Dimensiunea eșantionului studiat: 724 duhovnici

Marja de eroare calculată: ± 0,7%

Tipul de eșantion: omogen, structurat, probabilist

Modalitatea de raportare: tabelară și interpretativ-concluzivă

A. Dimensiunea, frecvența și manifestările fenomenului depresiv la persoanele din categoria 18-35 ani

Tabelul A1

Referitor la ultimul an de zile, aproximați numărul celor care fie au mărturisit stări depresive, ideație sau tentativă de sinucidere, fie au comis sinucidere:	**Nr. persoane înregistrate** Eșantion (50% din eparhie)	**Nr. persoane estimate** Ansamblu eparhie (Nr. eșantion x 2)
Stări depresive, fără ideație sau tentativă de sinucidere	707	1.414
Gândul la sinucidere	420	840
Tentativă de sinucidere apărută o singură dată	322	644
Tentativă de sinucidere apărută de mai multe ori	201	402
Persoane care au comis actul sinucigaș	*104*	*208*
TOTAL persoane afectate	**1.754**	**3.508**

Tabelul A2

În ultimul an, cât de des s-a întâmplat să vi se mărturisească următoarele trăiri? Foarte des 1, Des 2, Potrivit 3, Rar 4, Foarte rar 5, Niciodată 6	**Media *m* a valorilor (de la 1 la 6)**	**Frecvența mărturisirii**
Îngrijorare persistentă	3,82	Între ***Potrivit*** (3) și ***Rar*** (4)
Durere sufletească de lungă durată (persistentă)	4,12	Între ***Rar*** (4) și ***Foarte rar*** (5)
Dezinteres pentru activitatea de bază (școală, muncă)	4,18	Între ***Rar*** (4) și ***Foarte rar*** (5)
Tristețe de lungă durată (persistentă)	4,20	Între ***Rar*** *(4)* și ***Foarte rar*** (5)
Insomnie repetată pe termen lung	4,45	Între ***Rar*** *(4)* și ***Foarte rar*** (5)
Dezinteres arătat celor dragi (ignorare)	4,49	Între ***Rar*** *(4)* și ***Foarte rar*** (5)
Diminuarea poftei de viață	4,54	Între ***Rar*** *(4)* și ***Foarte rar*** (5)
Stări de panică accentuată	4,56	Între ***Rar*** *(4)* și ***Foarte rar*** (5)
Dezinteres pentru relațiile intime (sexuale)	4,75	Între ***Rar*** *(4)* și ***Foarte rar*** (5)
Pierderea poftei de mâncare pe termen lung	4,84	Între ***Rar*** *(4)* și ***Foarte rar*** (5)

Concluzii la punctul A:

Conform Raportului *Institutului Național de Medicină Legală (INML)* pe anul 2015, la nivel național, rata brută a sinuciderilor era de 2 la 10.000 de locuitori. Pentru teritoriul și populația eparhiei, corespunde un echivalent de aproximativ 280 de persoane care și-au luat viața (în anul raportat). Se observă o relativă compatibilitate a cifrelor astfel deduse cu cele obținute din cercetarea noastră (Tabelul A1: 208 cazuri, acestea reprezentând doar ortodocșii de vârstă 18-35 ani care s-au sinucis în intervalul toamnă 2015 – toamnă 2016).

Aceasta constituie o *cheie de control*, conducându-ne la validarea cifrelor exprimate în chestionarele completate de duhovnici.

Relaționând cele *208 cazuri de sinucid comis* cu celelalte categorii de depresivi, observăm că:

- reprezintă 6% din totalul celor 3.508 persoane afectate de depresie (inclusiv sinucigașii);

- reprezintă 10% din totalul celor 2.094 persoane care au avut cel puțin ideație de suicid (inclusiv sinucigașii);

- reprezintă 16% din totalul celor 1.254 persoane care au avut cel puțin o tentativă de suicid (inclusiv sinucigașii);

- reprezintă 34,1% din totalul celor 610 persoane care au avut cel puțin 2 tentative de suicid (inclusiv sinucigașii).

Tabelul A2 redă frecvența manifestărilor simptomatice pe care le asumă fenomenologia depresiei. În absența unui instrument mai precis de contorizare, s-a folosit o scală de măsură a intensității frecvenței stărilor asociate, după cum sunt ele mărturisite la Spovedanie. Aceasta le situează pe toate, în ansamblu, ca fiind *rar* sau *foarte rar* mărturisite.

În funcție de valoarea mediilor calculate la variantele de răspuns pentru fiecare dintre categorii, se produce un clasament în care prima poziție este ocupată de *Îngrijorarea persistentă* și este urmată de *Durerea sufletească de lungă durată, Dezinteresul pentru activitatea de bază (școală, muncă)* și *Tristețea de lungă durată.* Altfel spus, de cele mai multe ori (cu cea mai mare frecvență), depresivii afișează și declară îngrijorare, durere sufletească, dezinteres pentru obligațiile ocupaționale și sunt persoane care experimentează sentimentul de tristețe pe termen lung.

B. Cauzele și efectele depresiei cu ideație suicidară asociată

B1. Cauzele depresiei

Tabelul B1.1

Dintre următoarele aspecte, care credeți că reprezintă cauzele cele mai frecvente ale stărilor depresive?	**Procente**
Consumul/Abuzul de alcool	35,9%
Probleme financiare personale sau familiale	35,6%
Lipsa credinței, în general	32,5%
Lipsa unei relații constante / funcționale cu Biserica	28,0%
Relațiile/Problemele de înțelegere în familie	25,8%
Fondul și trăsăturile psihologice ale persoanei	22,4%
Impunerea unui anumit mod de viață din partea altor persoane	21,4%
Lipsa de activitate curentă, excesul de timp liber	20,9%
Prezența unor boli fizice grave	20,9%

Tabelul B1.2	
De ce natură sunt motivele cel mai frecvent destăinuite care conduc la ideația suicidară?	**Procente**
Probleme financiare	60,1%
Probleme de sănătate psihică	55,0%
Disfuncționalități familiale	49,3%
Deziluzii în dragoste	46,7%
Probleme de sănătate fizică	26,1%
Eșecuri profesionale	15,5%
Defăimarea, afectarea imaginii publice	11,3%

Tabelul B1.3		
Cât de des se întâmplă ca în familia lărgită a persoanelor care mărturisesc stări depresive să existe antecedente de același tip, la: Foarte des 1 · Des 2 · Potrivit 3 · Rar 4 · Foarte rar 5 · Niciodată 6	**Media *m* a valorilor (de la 1 la 6)**	**Frecvența antecedentelor**
Mama depresivului	3,75	Între ***Potrivit*** (3) și ***Rar*** (4)
Tatăl depresivului	3,88	Între ***Potrivit*** (3) și ***Rar*** (4)
Frații depresivului	4,31	Între ***Rar*** (4) și ***Foarte rar*** (5)
Bunicii depresivului	4,58	Între ***Rar*** (4) și ***Foarte rar*** (5)
Alte rude de sânge ale depresivului	4,77	Între ***Rar*** (4) și ***Foarte rar*** (5)
Verii de gradul I ai depresivului	4,96	***Foarte rar*** (5)

Concluzii la punctul B1. Cauzele depresiei: Evaluată la modul general (fără a se delimita tipologii anume), duhovnicii consideră că depresia are drept cauze principale: alcoolul consumat excesiv, banii (cu toate problemele pe care le generează) și vidul religios. După cum se vede în tabelul B1.1, fiecare dintre aceste trei mari probleme individuale (dar și sociale) are alocat un procent de peste 30% dintre răspunsuri.

O a doua cauză, cu procente variind între 25 și 30, se referă la relațiile disfuncționale cu Biserica și familia. Iar pe a treia treaptă a cauzelor generale (cu 20-25 de procente alocate) sunt identificate o anumită labilitate/predispoziție psihologică, gestionarea incorectă a timpului (în special a celui liber), precum și bolile de natură fizică care produc suferință depresivului.

Atunci când se cern cauzele unei forme mai grave ale afecțiunii – ideația suicidară exprimată la spovedanie –, majoritatea calificată de răspunsuri (peste 55%) vizează problemele financiare și pe cele de natură psihică – vezi tabelul B1.2. Cu valori foarte mari în această privință (45-50%) sunt și cauzele care țin de relațiile maligne ale depresivilor cu persoanele iubite, fie că acestea reprezintă disfuncțiile familiale, fie că sunt doar deziluzii în dragoste. În sfârşit, aproximativ 25% dintre duhovnici cred că ideaţia suicidară se insinuează şi la cei care suferă de boli fizice greu de suportat.

Rezultatele cuprinse în tabelul B1.3 ne spun câteva lucruri despre fondul genetic al depresivului și despre contextul de înrudire familială în care apare afecțiunea. Fără a avea alte

pârghii complementare de analiză, datele arată că, în general, factorul genetic nu este nici determinant în cauzalitatea depresiei și nici corelativ cu aceasta, toate cele 6 categorii de rude de sânge având prezența antecedentelor situată între *potrivit* și *foarte rar* întâlnită. Totuși, dintre acestea, mama depresivului este cea care prezintă afecțiuni asemănătoare cel mai des, fiind urmată de tată și frați.

B2. Efectele depresiei

Tabelul B2.1

Cât de des s-a întâmplat ca aceste persoane să vă mărturisească următoarele gânduri? Foarte des 1, Des 2, Potrivit 3, Rar 4, Foarte rar 5, Niciodată 6	**Media *m* a valorilor (de la 1 la 6)**	**Frecvența cu care a fost mărturisit gândul**
Lumea din jurul lor nu le înțelege	2,72	Între ***Des*** (2) și ***Potrivit*** (3)
Se simt foarte neajutorate	2,87	Între ***Des*** (2) și ***Potrivit*** (3)
Sunt dezamăgite de ele însele	3,00	***Potrivit*** (3)
Familia este străină de trăirile lor	3,05	***Potrivit*** (3)
Prietenii nu sunt aproape de ele	3,08	***Potrivit*** (3)
Nu le place nimic din ceea ce fac	3,31	Între ***Potrivit*** (3) și ***Rar*** (4)
Este ceva în neregulă cu ele	3,34	Între ***Potrivit*** (3) și ***Rar*** (4)
Viața lor este greu de suportat	3,45	Între ***Potrivit*** (3) și ***Rar*** (4)
Sunt fără viitor	3,50	Între ***Potrivit*** (3) și ***Rar*** (4)
Rugăciunea nu le ajută	4,13	Între ***Rar*** (4) și ***Foarte rar*** (5)
Preotul (duhovnicul) nu le înțelege cu adevărat	4,55	Între ***Rar*** (4) și ***Foarte rar*** (5)

Tabelul B2.2

Cât de mult considerați că sunt influențate în rău următoarele aspecte din viața depresivului? Foarte des 1, Des 2, Potrivit 3, Rar 4, Foarte rar 5, Niciodată 6	**Media *m* a valorilor (de la 1 la 6)**	**Nivelul de influențare**
Calitatea relației cu familia	1,71	Între ***Foarte mult*** (1) și ***Mult*** (2)
Calitatea relației cu prietenii	2,21	Între ***Mult*** (2) și ***Potrivit*** (3)
Starea generală a persoanei	2,21	Între ***Mult*** (2) și ***Potrivit*** (3)
Randamentul/eficiența persoanei la școală sau loc de muncă	2,75	Între ***Mult*** (2) și ***Potrivit*** (3)
Dorința de a trăi	3,08	***Potrivit*** (3)
Credința în Dumnezeu	3,11	Între ***Potrivit*** (3) și ***Puțin*** (4)
Relația cu Biserica	3,24	Între ***Potrivit*** (3) și ***Puțin*** (4)

Concluzii la punctul B2:

Efectele depresiei. În primul rând, să evaluăm efectele individuale, adică pe cele resimțite mai ales de către persoana în cauză (tabelul B2.1 este în măsură să clasifice rezultatele cu cea mai mare relevanță). Răspunsurile au fost colectate uzând, şi de această dată, de o scală în 6 trepte,

cărora le-au fost alocate numere de codificare (de la 1 la 6), așa încât să fie permisă calcularea mediilor (a se vedea chestionarul anexat).

Ce se observă, așadar, în această listă a efectelor produse asupra persoanei? Mai întâi, existența sau generarea unui conflict cu lumea înconjurătoare, adică o dizarmonie cu universul uman apropiat (*lipsa de înțelegere din partea lumii*). În al doilea rând, reiese că depresivii sunt persoane care nu sesizează, nu recepteză sau resping în mod mai mult sau mai puțin conștient ajutorul din partea semenilor. În al treilea rând, se instaurează dezamăgirea de sine. Mai departe în această ierarhie a cauzelor urmează înstrăinarea de suporții afectivi cei mai importanți – *familia și prietenii* –, ceea ce ne arată că alienarea individului afectat de depresie poate fi una profundă, profilându-se contextul favorabil agravării afecțiunilor respective.

Tabelul B2.2 are rolul de a cântări efectele negative ale depresiei, cu preponderență pe cele de natură socială. Și mai corect ar fi să spunem că se poate analiza gradul în care sunt afectate relațiile și funcționarea în microgrupurile de apartenență, unde se află de fapt receptorii și analizatorii primari ai comportamentelor modificate pe care le are un anumit membru, ca urmare a depresiei.

După cum orice ipoteză de lucru ar fi intuit, duhovnicii constată că în primul rând familia este cea afectată, urmată fiind de prieteni. O consecință negativă de mare importanță este și alterarea stării generale a persoanei, ceea ce presupune instalarea răului ca trăire cotidiană și persistența sa. Cuplată oarecum cu aceasta este și poziția a 3-a din clasamentul efectelor, și anume reducerea eficienței persoanei la școală sau locul de muncă, fapt care presupune în subsidiar și o evaluare depreciată de către mediul profesional respectiv; desigur, în relația circulară cauză-efect, aceasta va contribui cel mai probabil la agravarea și amplificarea stărilor depresive, mai ales atunci când nu sunt exteriorizate (exprimate, mărturisite).

C. Portretul psiho-sociologic al depresivului

Tabelul C1

Referitor la persoanele depresive, în ce măsură sunteți de acord cu afirmațiile de mai jos? Foarte des 1, Des 2, Potrivit 3, Rar 4, Foarte rar 5, Niciodată 6	**Media *m* a valorilor (de la 1 la 6)**	**Măsura acordului**
Sunt nesociabile	2,72	Între **Mare măsură** (2) și **Potrivit** (3)
Sunt afectate de experiențele negative din jur	2,80	Între **Mare măsură** (2) și **Potrivit** (3)
Le este greu să se ierte pe ele însele	3,04	**Potrivit** (3)
Consideră că nu merită să fie iubite	3,32	Între **Potrivit** (3) și **Mică măsură** (4)
Caută mereu să fie fericite	3,38	Între **Potrivit** (3) și **Mică măsură** (4)

Sunt greu de influențat	3,42	Între **Potrivit** (3) și **Mică măsură** (4)
Le place să trăiască viața din plin	3,81	Între **Potrivit** (3) și **Mică măsură** (4)
Sunt religioase	4,06	**Mică măsură** (4)
Au o personalitate puternică	4,23	Între **Mică măsură** (4) și **Foarte mică măsură** (5)

Tabelul C2

Care este comportamentul cel mai frecvent pe care l-ați observat la o persoană, atunci când trece printr-o stare depresivă?	**Procente**
Se închide în sine și așteaptă să treacă starea	72,9%
Consumă alcool	60,9%
Cere sprijin preotului/duhovnicului	40,3%
Ia medicamente, fără avizul specialistului	26,5%
Caută refugiu în activități profesionale sau sociale	23,3%
Se roagă de una singură la Dumnezeu	20,7%
Se informează și caută soluții pe Internet	12,0%
Cere sprijin de specialitate (psiholog, terapeut)	11,9%
Consumă alte substanțe care modifică starea psihică	10,5%
Discută cu alte persoane apropiate	10,2%
Discută cu familia	6,6%

Tabelul C3

Cât de credincioase considerați că sunt, la modul general, persoanele depresive?

	Foarte credincioase	**Credincioase**	**Potrivit**	**Puțin credincioase**	**Deloc credincioase**	**NR**
	1	2	3	4	5	
Procente	0,7%	13,7%	40,6%	40,6%	2,5%	1,9%

Media aritmetică a valorilor aferente scalei de măsură (cele 5 trepte din tabel) este ***m =3,31.***
Rezultă că nivelul credinței este situat între **Potrivit** (3) spre **Puțin credincioase** (4).

Tabelul C4

În decursul ultimului an, cât de des ați constatat că aceste persoane au venit la Biserică?	**Procente**
La Paşti şi la Crăciun (în posturile mari sau doar de sfintele sărbători)	34,5%
O dată pe lună	23,3%
Numai la evenimente (nunţi, botezuri, înmormântări)	15,7%
De 2-3 ori pe lună	13,8%
Niciodată	5,5%
În fiecare duminică şi sărbătoare religioasă	3,6%
NR	3,5%

Concluzii la punctul C:

În tabelul C1 sunt surprinse câteva dintre liniile mari de profilare psihologică. Descriptiv, tabloul conturează 3 dimensiuni importante ale persoanelor depresive: *sunt nesociabile*, *sunt afectate de experiențele negative din jur* și *le este greu să se ierte pe ele însele*. În plan opus, sunt negate afirmațiile precum că am avea de-a face în acest context cu *persoane religioase* sau cu o *personalitate puternică*.

Reiese ca dominant contactul precar (sau nefuncțional) cu mediul uman [anturajul] în care depresivul trăiește, dar și o anumită labilitate a acestuia, tradusă aici ca o sensibilitate sporită față de experiența negativă trăită de către semeni (cea care, în definitiv, face parte din realitatea cotidiană). Pe aceeași linie a răspunsurilor semnificative, se regăsește și tipologia de personalitate care este evaluată ca nefiind una puternică. De asemenea, este important să reținem că duhovnicii văd îndoielnică religiozitatea celor afectați (persoanele respective sunt considerate religioase doar *în mică măsură*), aspect ce va fi reluat mai jos.

Comportamentul celui atins de boală merită toată atenția, mai ales atunci când ne propunem intervenția și terapia, iar tabelul C2 vine cu câteva informații foarte prețioase și specifice. Corelându-se cu *nesociabilitatea* remarcată anterior, apar aici cifre și mai concrete; se constată faptul că, în peste 70% din cazuri, depresivii se izolează social, iar o bună parte dintre ei (aprox. 60%) apelează la cel mai la îndemână (și mai fals, totodată) dintre remedii – alcoolul.

Tot ca o linie comportamentală, este important să observăm că 40% dintre ei vin și cer ajutor de la duhovnic, ceea ce constituie o bună bază de plecare în abordarea sistematizată a terapiei ortodoxe, cu efecte radiante în comunitățile parohiale.

Un fapt îngrijorător este semnalat de cotele scăzute ale persoanelor care apelează la familie pentru susținere în a depăși dificultatea sufletească – doar 6,6%. Tot mic este și procentul depresivilor care cer sprijin celorlalte persoane apropiate din anturaj (10,2%). Printre alte interpretări, aceste valori ne pot duce cu gândul la o criză a relațiilor interumane, mai ales a celor care presupun intima apropiere (de familie), ceea ce constituie, în sine, o importantă temă de gândire.

Revenim la aprecierea religiozității depresivilor și ne oprim asupra datelor din tabelul C3, unde constatăm că peste 40% dintre cazurile de depresie vin pe fondul unei vieți în care credința este slabă (*puțină*) (din ceea ce opinează duhovnicii). Tot negativ conotative, dar mai puțin grave, sunt alte 40% aprecieri care situează depresivii ca fiind *potrivit* de credincioși.

Rezultatele din Tabelul C4 confirmă faptul că avem de a face cu persoane a căror prezență în viața Bisericii este redusă (34,5% ajung la slujbe doar la Paști și Crăciun, iar alți 15,7% doar la evenimentele religioase ocazionale). Pe de altă parte, este notabilă valoarea foarte scăzută – de numai 3,6 procente – aferentă practicanților ortodocși cu frecvență regulată (cei ce vin la biserică în fiecare duminică şi sărbătoare religioasă) și care, totuși, sunt afectați de această maladie a modernității.

D. Portretul demografic al depresivilor

D1. După anumite variabile demografice de bază: sex, vârstă și stare civilă

Note introductiv-explicative:

1. La întrebările Q16, Q17 și Q18 din chestionar, au fost enumerate 5 categorii de persoane – sunt vizibile în denumirea grupelor din prezentarea tabelară de mai jos. Pentru fiecare, s-a solicitat aproximarea numărului enoriașilor din intervalul 18-35 ani care au mărturisit stări depresive (și alte manifestări asociate) sau care au comis sinucidere.

2. Deoarece cifrele prezentate au fost culese de la aproximativ o jumătate din numărul total de duhovnici din eparhie (724 de respondenți), pentru a se evalua cât mai realist situația, valorile obținute în urma cercetării au fost dublate. Rezultatele sunt orientative, întrucât memorarea exactă a cazurilor apărute într-un întreg an de pastorație este uneori dificilă, iar rubrici precum *vârsta pe intervale* pot ridica reale probleme de completare. De aici apar și unele inegalități atunci când se totalizează datele pe categorii, deși într-un firesc logic, ar trebui să fie aceleași.

GRUPA 1: Persoane depresive, fără ideație sau tentativă de sinucidere.

Distribuția rezultatelor după variabila GEN:

	Masculin	**Feminin**	**Total eparhie**
Eșantion	344	363	
Ansamblu eparhie – estimare (x2)	688 (48,7%)	726 (51,3%)	1.414

Distribuția rezultatelor după variabila VÂRSTĂ:

	18-20 ani	**21-23 ani**	**24-25 ani**	**26-30 ani**	**31-35 ani**
Eșantion	153	132	137	151	259
Ansamblu eparhie – estimare (x2)	306	264	274	302	518

Distribuția rezultatelor după variabila STARE CIVILĂ:

	Necăsătorit	**Căsătorit**	**Divorțat**	**Văduv**
Eșantion	283	250	160	92
Ansamblu eparhie – estimare (x2)	566	500	320	184

Observație: *sunt mai multe femei (51,3%), predomină intervalul 31-35 ani, iar dominanta stării civile este aceea a necăsătoriților.*

GRUPA 2: Persoane cu ideație de sinucidere, fără tentativă.

Distribuția rezultatelor după variabila GEN:

	Masculin	**Feminin**	**Total eparhie**
Eșantion	205	212	
Ansamblu eparhie – estimare (x2)	410 (49,2%)	424 (50,8%)	834

Distribuția rezultatelor după variabila VÂRSTĂ:

	18- 20 ani	**21-23 ani**	**24-25 ani**	**26-30 ani**	**31-35 ani**
Eșantion	94	78	70	84	146
Ansamblu eparhie – estimare (x2)	188	156	140	168	292

Distribuția rezultatelor după variabila STARE CIVILĂ:

	Necăsătorit	**Căsătorit**	**Divorțat**	**Văduv**
Eșantion	164	128	78	30
Ansamblu eparhie – estimare (x2)	328	256	156	60

Observație: *distribuția pe sexe este relativ egală, predomină intervalul 31-35 ani, iar dominanta stării civile este aceea a necăsătoriților.*

GRUPA 3: Persoane cu tentativă de sinucidere - un singur episod

Distribuția rezultatelor după variabila GEN:

	Masculin	**Feminin**	**Total eparhie**
Eșantion	154	127	
Ansamblu eparhie – estimare (x2)	308 (54,8%)	254 (45,2%)	562

Distribuția rezultatelor după variabila VÂRSTĂ:

	18-20 ani	**21-23 ani**	**24-25 ani**	**26-30 ani**	**31-35 ani**
Eșantion	49	33	38	50	81
Ansamblu eparhie – estimare (x2)	98	66	76	100	162

Distribuția rezultatelor după variabila STARE CIVILĂ:

	Necăsătorit	**Căsătorit**	**Divorțat**	**Văduv**
Eșantion	107	78	46	20
Ansamblu eparhie – estimare (x2)	214	156	92	40

Observație: *sunt mai mulți bărbați (54,8%), predomină intervalul 31-35 ani, iar dominanta stării civile este aceea a necăsătoriților.*

GRUPA 4: Persoane cu tentative de sinucidere repetate

Distribuția rezultatelor după variabila GEN:

	Masculin	**Feminin**	**Total eparhie**
Eșantion	76	70	
Ansamblu eparhie – estimare (x2)	152 (52,1%)	140 (47,9%)	292

Distribuția rezultatelor după variabila VÂRSTĂ:

	18-20 ani	21-23 ani	24-25 ani	26-30 ani	31-35 ani
Eșantion	21	17	25	20	44
Ansamblu eparhie – estimare (x2)	42	34	50	40	88

Distribuția rezultatelor după variabila STARE CIVILĂ:

	Necăsătorit	Căsătorit	Divorțat	Văduv
Eșantion	49	49	31	15
Ansamblu eparhie – estimare (x2)	98	98	62	30

Observație: *sunt mai mulți bărbați (52,1%), predomină intervalul 31-35 ani, iar necăsătoriții sunt la egalitate cu cei căsătoriți.*

GRUPA 5: Persoane care au comis actul sinucigaș

Distribuția rezultatelor după variabila GEN:

	Masculin	Feminin	Total eparhie
Eșantion	71	33	
Ansamblu eparhie – estimare (x2)	142 (68,3%)	66 (31,7%)	208

Distribuția rezultatelor după variabila VÂRSTĂ:

	18-20 ani	21-23 ani	24-25 ani	26-30 ani	31-35 ani
Eșantion	16	8	11	19	46
Ansamblu eparhie – estimare (x2)	32	16	22	38	92

Distribuția rezultatelor după variabila STARE CIVILĂ:

	Necăsătorit	Căsătorit	Divorțat	Văduv
Eșantion	39	40	12	15
Ansamblu eparhie – estimare (x2)	78	80	24	30

Observație: *sunt mai mulți bărbați (68,3%), predomină intervalul 31-35 ani, iar necăsătoriții sunt la o relativă egalitate cu cei căsătoriți.*

Concluzii la punctul D1:

Bărbații sunt afectați de depresie și de consecințele ei într-o mai mare măsură decât femeile (acest rezultat se regăsește în majoritatea studiilor publicate în domeniu).

În ceea ce privește actul suicidar realizat, ponderea bărbaților este net superioară, tinzând (pentru intervalul de vârstă studiat aici) la 70%. Este de amintit că, în populația generală a României (înglobând toate palierele de vârste și toate confesiunile), pentru anul 2015 INML a

raportat o majoritate a bărbaților de aproximativ 82% din totalul persoanelor care și-au luat viața.

De departe, cea mai expusă riscului apariției celor 5 forme de afecțiuni (și cu urmările rezultate luate aici în considerare) este populația înscrisă în intervalul 31-35 ani.

Deși apare pe alocuri la concurență cu populația căsătorită, grupa necăsătoriților este în realitate mult mai expusă, deoarece bazele de raportare sunt diferite (în ansamblul demografic, necăsătoriții sunt mai puțini), respectiv rata dedusă din aceeași valoare efectivă cu a căsătoriților va fi una mai mare.

Pentru o mai corectă evaluare a stării de fapt, ar fi utilă și calcularea ratelor specifice la fiecare dintre categoriile delimitate de cele 3 variabile (spre exemplu, la persoanele divorțate); însă, în prezentul context analitic, considerăm că cele expuse sunt suficiente imaginării stărilor de fapt.

D2. După distribuția densității depresivilor în funcție de unitățile protoierești și de mediile rezidențiale (urban vs. rural)

Note introductiv-explicative:

1. Aprecierea excesului sau deficitului de persoane depresive într-un anumit mediu rezidențial, sau protoierie, este făcută prin compararea distribuției cifrelor rezultate. Elementul de referință în această comparație este dat de procentul respondenților ce revine unui protopopiat (respectiv unui mediu rezidențial) din totalul eșantionului.

2. Diferențele rezultate din relația *Procente distribuție Depresivi - Procente distribuție Respondenți* au fost considerate semnificative (în mod convențional) dacă în valoare absolută (modul matematic) au fost mai mari sau egale cu 1%. Detaliind explicația, vom putea spune despre un protopopiat că are un exces sau un deficit numeric de depresivi, comparându-i valoarea cu cea din ansamblul (totalul) eparhial.

Tabelul D2.1 - Distribuția numărului depresivilor care mărturisesc *GÂNDUL LA SINUCIDERE*, în funcție de protopopiat (comparativ cu distribuția respondenților, considerată normală)

Protopopiatul	**Procente distribuție Depresivi** (total: 840)	**Procente distribuție Respondenți** (total: 724)	**Diferențe semnificative (Depresivi-Respondenți)**	**Observație**
Iași 1	10,00%	8,40%	+1,60%	Excedent depresivi
Iași 2	11,40%	9,90%	+1,50%	Excedent depresivi
Iași 3	10,00%	8,40%	+1,60%	Excedent depresivi
Pașcani	6,90%	7,00%	-0,10%	Distribuție normală
Hârlău	7,40%	6,60%	+0,80%	Distribuție normală
Botoșani	11,70%	12,30%	-0,60%	Distribuție normală

Dorohoi	4,00%	5,50%	-1,50%	Deficit depresivi
Săveni	3,30%	5,00%	-1,70%	Deficit depresivi
Darabani	2,90%	4,60%	-1,70%	Deficit depresivi
Piatra Neamț	10,70%	10,40%	+0,30%	Distribuție normală
Tg. Neamț	10,20%	10,40%	-0,20%	Distribuție normală
Roznov	5,00%	5,40%	-0,40%	Distribuție normală
Ceahlău	6,40%	6,10%	+0,30%	Distribuție normală
Total	100,00%	100,00%		

Observație: *se înregistrează exces în protopopiatele Iași 1, Iași 2 și Iași 3, respectiv deficit în protopopiatele Dorohoi, Săveni și Darabani.*

Tabelul D2.2 - Distribuția numărului depresivilor care mărturisesc *TENTATIVĂ DE SINUCIDERE APĂRUTĂ O SINGURĂ DATĂ*, în funcție de protopopiat (comparativ cu distribuția respondenților, considerată normală)

Protopopiatul	**Procente distribuție Depresivi** (total: 644)	**Procente distribuție Respondenți** (total: 724)	**Diferențe semnificative (Depresivi-Respondenți)**	**Observație**
Iași 1	9,6%	8,40%	+1,20%	Excedent depresivi
Iași 2	12,1%	9,90%	+2,20%	Excedent depresivi
Iași 3	7,5%	8,40%	-0,90%	Distribuție normală
Pașcani	6,5%	7,00%	-0,50%	Distribuție normală
Hârlău	6,8%	6,60%	+0,20%	Distribuție normală
Botoșani	12,7%	12,30%	+0,40%	Distribuție normală
Dorohoi	5,3%	5,50%	-0,20%	Distribuție normală
Săveni	4,0%	5,00%	-1,00%	Deficit depresivi
Darabani	4,3%	4,60%	-0,30%	Distribuție normală
Piatra Neamț	10,6%	10,40%	+0,20%	Distribuție normală
Tg. Neamț	8,7%	10,40%	-1,70%	Deficit depresivi
Roznov	6,2%	5,40%	+0,80%	Distribuție normală
Ceahlău	5,6%	6,10%	-0,50%	Distribuție normală
Total	100,0%	100,00%		

Observație: *se înregistrează exces în protopopiatele Iași 1, Iași 2, respectiv deficit în protopopiatele Săveni și Tg. Neamț.*

Tabelul D2.3 - Distribuţia numărului depresivilor care mărturisesc *TENTATIVĂ DE SINUCIDERE APĂRUTĂ DE MAI MULTE ORI (LA ACEEAȘI PERSOANĂ)*, în funcție de protopopiat (comparativ cu distribuția respondenților, considerată normală)

Protopopiatul	Procente distribuție Depresivi (total: 402)	Procente distribuție Respondenți (total: 724)	Diferențe semnificative (Depresivi - Respondenți)	Observație
Iași 1	12,4%	8,40%	+4,00%	Excedent depresivi
Iași 2	11,9%	9,90%	+2,00%	Excedent depresivi
Iași 3	7,0%	8,40%	-1,40%	Deficit depresivi
Pașcani	7,0%	7,00%	0,00%	Distribuție normală
Hârlău	7,5%	6,60%	+0,90%	Distribuție normală
Botoșani	11,4%	12,30%	-0,90%	Distribuție normală
Dorohoi	6,5%	5,50%	+1,00%	Excedent depresivi
Săveni	3,5%	5,00%	-1,50%	Deficit depresivi
Darabani	4,0%	4,60%	-0,60%	Distribuție normală
Piatra Neamț	10,0%	10,40%	-0,40%	Distribuție normală
Tg. Neamț	10,9%	10,40%	+0,50%	Distribuție normală
Roznov	4,5%	5,40%	-0,90%	Distribuție normală
Ceahlău	3,5%	6,10%	-2,60%	Deficit depresivi
Total	100,0%	100,00%		

Observație: *se înregistrează exces în protopopiatele Iași 1, Iași 2, respectiv deficit în protopopiatele Iași 3, Săveni și Ceahlău.*

Tabelul D2.4 - Compararea distribuției celor 3 categorii de depresivi:

Protopopiatul	Depresivi care au doar ideație	Depresivi cu o singură tentativă	Depresivi cu tentative repetate
Iași 1	Excedent	Excedent	Excedent
Iași 2	Excedent	Excedent	Excedent
Iași 3	Excedent	Distribuție normală	Deficit
Pașcani	Distribuție normală	Distribuție normală	Distribuție normală
Hârlău	Distribuție normală	Distribuție normală	Distribuție normală
Botoșani	Distribuție normală	Distribuție normală	Distribuție normală
Dorohoi	Deficit	Distribuție normală	Excedent
Săveni	Deficit	Deficit	Deficit
Darabani	Deficit	Distribuție normală	Distribuție normală
Piatra Neamț	Distribuție normală	Distribuție normală	Distribuție normală
Tg. Neamț	Distribuție normală	Deficit	Distribuție normală
Roznov	Distribuție normală	Distribuție normală	Distribuție normală
Ceahlău	Distribuție normală	Distribuție normală	Deficit

Tabelul D2.5 - Distribuţia numărului depresivilor care mărturisesc *GÂNDUL LA SINUCIDERE*, în funcție de mediul rezidențial în care slujește duhovnicul (comparativ cu cea a respondenților, considerată normală)

Locația unde slujește duhovnicul	**Procente distribuție Depresivi** (total: 840)	**Procente distribuție Respondenți** (total: 724)	**Diferențe semnificative (Depresivi-Respondenți)**	**Observație**
În oraș-reședință de județ	14,7%	10,1%	+4,6%	Excedent depresivi
În oraș, altul decât reședința de județ	7,6%	5,9%	+1,7%	Excedent depresivi
În mediul rural	77,7%	80,7%	-3,0%	Deficit depresivi

Tabelul D2.6 - Distribuţia numărului depresivilor care mărturisesc *TENTATIVĂ DE SINUCIDERE APĂRUTĂ O SINGURĂ DATĂ*, în funcție de mediul rezidențial în care slujește duhovnicul (comparativ cu cea a respondenților, considerată normală)

Locația unde duhovnicul slujește	**Procente distribuție Depresivi** (total: 644)	**Procente distribuție Respondenți** (total: 724)	**Diferențe semnificative (Depresivi-Respondenți)**	**Observație**
În oraș-reședință de județ	16,8%	10,1%	+6,7%	Excedent depresivi
În oraș, altul decât reședința de județ	7,3%	5,9%	+1,4%	Excedent depresivi
În mediul rural	75,9%	80,7%	-4,8%	Deficit depresivi

Tabelul D2.6 - Distribuţia numărului depresivilor care mărturisesc *TENTATIVĂ DE SINUCIDERE APĂRUTĂ DE MAI MULTE ORI (LA ACEEAȘI PERSOANĂ)*, în funcție de mediul rezidențial în care slujește duhovnicul (comparativ cu cea a respondenților, considerată normală)

Locația unde duhovnicul slujește	**Procente distribuție Depresivi** (total: 402)	**Procente distribuție Respondenți** (total: 724)	**Diferențe semnificative (Depresivi-Respondenți)**	**Observație**
În oraș-reședință de județ	20,9%	10,1%	+10,8%	Excedent depresivi
În oraș, altul decât reședința de județ	9,2%	5,9%	+3,3%	Excedent depresivi
În mediul rural	69,9%	80,7%	-10,8%	Deficit depresivi

Concluzii la punctul D2:

După cum o arată Tabelul D2.4 (care prezintă rezultate sintetice comparative), protopopiatele cu cea mai mare incidență a depresiei sunt Iași 1 și Iași 2, observație valabilă la categoriile de persoane cu ideație sau tentativă suicidară.

Mai ferite de fenomenologia respectivă par a fi protoieriile Săveni, Ceahlău și, oarecum, Tg. Neamț.

Aceasta ne permite să deducem că Iașul, orașul care compune într-o pondere semnificativă protopopiatele Iași 1 și 2, are o influență vădită în prezența afecțiunilor depresive, catalizându-le (după cum și teoriile sociologice o afirmă) cu anomia și tensiunile specifice marilor cetăți urbane, constituindu-se, deci, într-un favorizant al bolii.

Pe lângă acest aspect, din tabelele D2.5, D2.6 și D2.7 reiese că întreg mediul urban, incluzând și orașele mici, manifestă predispoziție suicidară. Ne putem gândi că și viețuitorul de aici este supus unei vibrații psihice și sociale de o intensitate care îi solicită rezistența mai mult decât este normal. Deși este de presupus că factorii și presiunile cauzale sunt diferite de cele din orașele mari, *declicul* depresiei se produce totuși mai frecvent decât în mediul rural, cel cu care de multe ori se aseamănă, contopindu-se atât din punct de vedere al mediului fizic (spațial), dar și ca stil de viață.

Așadar, se înregistrează exces în mediul urban (cu accent deosebit în orașele mari) și rezultă un deficit în mediul rural. Mai ales în cazul reședințelor de județ, procentele devin mai mari odată cu formele mai grave de manifestare ale bolilor sufletești. Așa se face că *tentativa de sinucidere repetată* prezintă un apogeu în acest mediu, comunitatea rurală fiind, în acest caz, într-o perfectă opoziție de stare (se observă aceeași valoare procentuală a diferenței calculate, dar negativă: -10,8%).

E. Suporții (persoane și specialiști) implicați în recuperarea/salvarea depresivului; practici curente de intervenție

Tabelul E1

În mod realist, care credeți că sunt persoanele care ajută cel mai mult un depresiv cu ideație sau tentativă de sinucidere să depășească momentul?	**Procente**
Duhovnicul/preotul	95,9%
Un membru al familiei	71,7%
Un prieten	51,9%
Psihologul	40,1%
Psihiatrul	27,8%
Un alt specialist	3,2%
Altcineva	2,9%

Tabelul E2	
Limitând mediile suport la următoarele 4 situații posibile, în care dintre acestea credeți că se face cel mai eficient recuperarea unui depresiv?	**Procente**
Prin conlucrarea familiei cu un psiholog sau psihiatru și cu preotul/duhovnicul celui în cauză	76,4%
Prin conlucrarea familiei cu preotul/duhovnicul celui în cauză (fără psiholog sau psihiatru)	18,2%
Doar cu sprijinul familiei (fără psiholog, psihiatru și preot)	2,5%
Prin conlucrarea familiei cu un psiholog sau psihiatru (fără preot)	1,4%
NR	1,5%

Tabelul E3	
Din perspectiva duhovnicului, cum anume procedați atunci când cineva își destăinuie intenția de a renunța la viață?	**Procente**
Mențin legătura strânsă cu persoana și urmăresc evoluția stării acesteia	89,4%
Înștiințez familia, pentru a atrage atenția asupra situației	62,4%
Direcționez persoana către servicii psihologice și medicale specializate	60,5%
Fac apel la cunoștințe (informații) din domeniul psihologiei	33,4%
Îndrum persoana doar după canoanele bisericești	18,5%
Altfel	9,7%

Concluzii la punctul E:

La acest capitol datele trebuie citite cu o anumită rezervă, reamintind că toți respondenții sunt duhovnici, iar răspunsurile care implică și activitatea pastorală ar putea fi afectate de subiectivism.

În Tabelul E1, peste 95 procente pun pe primul loc rolul duhovnicului în depășirea momentelor critice ale depresivului. Pe locul al 2-lea se situează familia (cu ceva mai mult de 70%), iar pe al treilea loc este evaluat ca fiind de mare ajutor (cu aproximativ 52 de procente) *prietenul* persoanei afectate.

Tripticul *duhovnic – familie – psiholog* (sau psihiatru) este considerat cel mai indicat în abordarea eficientă a ameliorării stărilor complexe prin care trece un astfel de bolnav – peste trei sferturi dintre respondenți girează respectiva formulă de suport. Este de reținut și faptul că aproximativ 20% dintre opinanți văd ca optimă doar conlucrarea *preot-familie*, fără implicarea psihologilor. În același timp, numai familia, fără un alt suport extern (duhovnic, psiholog, psihiatru), nu prezintă șanse reale de reușită – procentul aferent acestei variante de răspuns fiind de numai 2,5%. Putem nota, de fapt, că în orice modalitate de constituire a mediilor suport ne-am afla, preotul trebuie să fie prezent.

Tabelul E3 evidențiază căile actuale pe care le abordează un duhovnic când este pus față în față cu depresia. Cei mai mulți – aproape 90% – alocă timp și cultivă o atenție aparte persoanei. În același timp (variantele de răspuns nu se exclud), 62,4% înștiințează și familia, cu un procent

asemănător fiind și cei care dau sfatul consultării specialiștilor din domeniu. Sunt relativ puțini preoții care îndrumă persoana doar după canoanele bisericești (18,5%). Este probabil ca, în această privință, felul în care se procedează să fie determinat și de gravitatea simptomelor pe care le exprimă depresivii.

Ca o concluzie generală, se poate observa că ieșirea din depresie este un proces complex la care participă în măsuri mai mult sau mai puțin egale pacientul, psihiatrul, psihoterapeutul, familia și duhovnicul acestuia, iar reușita depinde de cele mai multe ori de o bună comunicare între aceste părți.

Anexă

Chestionarul sociologic aplicat

CHESTIONAR
de evaluare a prezenţei şi manifestării depresiei la populaţia cu vârsta cuprinsă în intervalul 18-35 ani

Precucernice/Preacuvioase Părinte,

Tot mai des și în forme din ce în ce mai accentuate, se întâlnesc cazuri specifice *depresiei*, având uneori consecințe grave, cum ar fi **tentativa** sau **comiterea sinuciderii**.

Departamentul de Statistică și Cercetare din cadrul Arhiepiscopiei Iașilor, prin acest chestionar, desfășoară o cercetare privind problematica respectivă la populația tânără adultă.

După parcurgerea prealabilă a conținutului, veți putea constata faptul că numele dumneavoastră nu este solicitat. Drept urmare, vă rugăm ca răspunsurile pe care le veți da să fie sincere, contribuind astfel la o măsurare corectă și la identificarea de soluții pentru ameliorarea stărilor persoanele afectate.

Pe baza rezultatelor cercetării, Arhiepiscopia Iașilor își propune să întocmească un *Ghid de pastorație a persoanelor depresive*.

Precizăm că acest formular este distribuit spre completare tuturor preoților și călugărilor duhovnici din eparhia noastră.

La ce ne referim când avem în vedere depresia și ideația suicidară? *Depresia este definită – în linii mari – ca o stare ocazională sau de lungă durată care, odată instalată, se manifestă prin tristețe, amărăciune, îngrijorare, stare fizică alterată, insomnie sau pierderea poftei de viață. Prin ideație suicidară se înțelege apariția gândurilor („negre") de a renunța la viață, chiar și planificarea unor acțiuni în acest sens, acestea fiind sau nefiind cunoscute altor persoane din anturajul celor în cauză.*

Q1. În ultimul an, cât de des s-a întâmplat să vi se mărturisească următoarele trăiri?
Indicație: încercuiți opțiunea la FIECARE rând în parte.

		Foarte des	Des	Potrivit	Rar	Foarte rar	Niciodată
1	Tristețe de lungă durată (persistentă)	1	2	3	4	5	6
2	Durere sufletească de lungă durată (persistentă)	1	2	3	4	5	6
3	Îngrijorare persistentă	1	2	3	4	5	6
4	Insomnie repetată pe termen lung	1	2	3	4	5	6
5	Pierderea poftei de mâncare pe termen lung	1	2	3	4	5	6
6	Dezinteres pentru activitatea de bază (școală, muncă)	1	2	3	4	5	6
7	Dezinteres pentru relațiile intime (sexuale)	1	2	3	4	5	6
8	Dezinteres arătat celor dragi (ignorare)	1	2	3	4	5	6
9	Diminuarea poftei de viață	1	2	3	4	5	6
10	Stări de panică accentuată	1	2	3	4	5	6

Q2. Dintre următoarele aspecte, alegeți-le pe cele 3 care credeți că reprezintă cauzele cele mai frecvente ale stărilor depresive?

Indicație: Marcați cu X în celula respectivă, pentru prima, a II-a și a III-a alegere.

		Prima alegere	A II-a alegere	A III-a alegere
1	Fondul și trăsăturile psihologice ale persoanei			
2	Prezența ocazională sau frecventă a altor afecțiuni psihice			
3	Prezența unor boli fizice grave			
4	Probleme financiare personale sau familiale			
5	Consumul/Abuzul de alcool			
6	Consumul/Abuzul de alte substanțe care modifică starea psihică (mentală)			
7	Relațiile/Problemele de înțelegere în familie			
8	Relațiile/Performanțele slabe la școală sau loc de muncă			
9	Impunerea unui anumit mod de viață din partea altor persoane			
10	Suprasolicitarea în activitatea curentă, lipsa de timp liber			
11	Lipsa de activitate curentă, excesul de timp liber			
12	Evenimente și experiențe negative/traumatizante de viață			
13	Lipsa unei relații constante/funcționale cu Biserica			
14	Lipsa credinței, în general			
15	Altceva. Ce anume? ……………………………….			

Q3. Referitor la persoanele depresive, în ce măsură sunteți de acord cu afirmațiile de mai jos?

Indicație: încercuiți opțiunea la FIECARE rând în parte.

		Foarte mare măsură	Mare măsură	Potrivit	Mică măsură	Foarte mică măsură	Deloc
1	Au o personalitate puternică	1	2	3	4	5	6
2	Sunt afectate de experiențele negative din jur	1	2	3	4	5	6
3	Sunt greu de influențat	1	2	3	4	5	6
4	Sunt nesociabile	1	2	3	4	5	6
5	Caută mereu să fie fericite	1	2	3	4	5	6
6	Sunt religioase	1	2	3	4	5	6
7	Le place să trăiască viața din plin	1	2	3	4	5	6
8	Le este greu să se ierte pe ele însele	1	2	3	4	5	6
9	Consideră că nu merită să fie iubite	1	2	3	4	5	6

Q4. Cât de mult considerați că influențează în rău viața depresivului, următoarele aspecte?

Indicație: încercuiți opțiunea la FIECARE rând în parte.

		Foarte mult	Mult	Potrivit	Puțin	Foarte puțin	Deloc
1	Calitatea relației cu familia	1	2	3	4	5	6
2	Calitatea relației cu prietenii	1	2	3	4	5	6
3	Credința în Dumnezeu	1	2	3	4	5	6
4	Relația cu Biserica	1	2	3	4	5	6
5	Randamentul / eficiența persoanei la școală sau loc de muncă	1	2	3	4	5	6
6	Starea generală a persoanei	1	2	3	4	5	6
7	Dorința de a trăi	1	2	3	4	5	6

Q5. Care este comportamentul cel mai frecvent pe care l-ați observat la o persoană, atunci când trece printr-o stare depresivă?

Indicație: încercuiți CEL MULT 3 variante, cele care sunt mai frecvente.

1	Se închide în sine și așteaptă să treacă starea	7	Caută refugiu în activități profesionale sau sociale
2	Discută cu familia	8	Ia medicamente, fără avizul specialistului
3	Discută cu alte persoane apropiate	9	Se informează și caută soluții pe Internet
4	Cere sprijin de specialitate (psiholog, terapeut)	10	Consumă alcool
5	Cere sprijin preotului / duhovnicului	11	Consumă alte substanțe care modifică starea psihică
6	Se roagă de una singură la Dumnezeu	12	Altfel. Cum? ……………………

Q6. Cât de des s-a întâmplat ca aceste persoane să vă mărturisească următoarele gânduri?

Indicație: încercuiți opțiunea la FIECARE rând în parte.

		Foarte des	Des	Potrivit	Rar	Foarte rar	Niciodată
1	Lumea din jurul lor nu le înțelege	1	2	3	4	5	6
2	Prietenii nu sunt aproape de ele	1	2	3	4	5	6
3	Familia este străină de trăirile lor	1	2	3	4	5	6
4	Sunt dezamăgite de ele însele	1	2	3	4	5	6
5	Nu le place nimic din ceea ce fac	1	2	3	4	5	6
6	Se simt foarte neajutorate	1	2	3	4	5	6
7	Este ceva în neregulă cu ele	1	2	3	4	5	6
8	Rugăciunea nu le ajută	1	2	3	4	5	6
9	Preotul (duhovnicul) nu le înțelege cu adevărat	1	2	3	4	5	6
10	Sunt fără viitor	1	2	3	4	5	6
11	Viața lor este greu de suportat	1	2	3	4	5	6

Q7. Referitor la ultimul an de zile, aproximați numărul celor care v-au mărturisit:

Indicație: încercuiți opțiunea la FIECARE rând în parte.

		Nr. persoane (aproximativ)
1	Gândul la sinucidere	
2	Tentativa de sinucidere apărută o singură dată	
3	Tentativa de sinucidere apărută de mai multe ori (la aceeași persoană)	

Q8. De ce natură sunt motivele cel mai frecvent destăinuite care conduc la ideația suicidară?

Indicație: încercuiți CEL MULT 3 variante, cele care sunt mai des întâlnite.

1	Probleme de sănătate psihică
2	Probleme de sănătate fizică
3	Dezamăgiri în dragoste
4	Disfuncționalități familiale
5	Probleme financiare
6	Eșecuri profesionale
7	Defăimarea, afectarea imaginii publice
8	Altceva 1. Ce anume? ………………………………………………
9	Altceva 2. Ce anume? ………………………………………………
10	Altceva 3. Ce anume? ………………………………………………

Q9. În mod realist, care credeți că sunt persoanele care ajută cel mai mult un depresiv cu ideație sau tentativă de sinucidere să depășească momentul?

Indicație: încercuiți CEL MULT 3 variante, cele care sunt mai relevante.

1	Un membru al familiei
2	Un prieten
3	Psihologul
4	Psihiatrul
5	Un alt specialist
6	Duhovnicul/preotul
7	Altcineva. Cine anume? ………………………………

Q10. Limitând mediile suport la următoarele 4 situații posibile, în care dintre acestea credeți că se face cel mai eficient recuperarea unui depresiv?

Indicație: încercuiți o SINGURĂ opțiune.

1	Doar cu sprijinul familiei (fără psiholog, psihiatru și preot)
2	Prin conlucrarea familiei cu un psiholog sau psihiatru (fără preot)
3	Prin conlucrarea familiei cu preotul/duhovnicul celui în cauză (fără psiholog sau psihiatru)
4	Prin conlucrarea familiei cu un psiholog sau psihiatru și cu preotul/duhovnicul celui în cauză

Q11. Cât de des se întâmplă ca în familia lărgită a persoanelor care mărturisesc stări depresive să existe antecedente de același tip, respectiv la:

Indicație: încercuiţi opţiunea la FIECARE rând în parte.

		Foarte des	Des	Potrivit	Rar	Foarte rar	Niciodată
1	Mama depresivului	1	2	3	4	5	6
2	Tatăl depresivului	1	2	3	4	5	6
3	Frații depresivului	1	2	3	4	5	6
4	Bunicii depresivului	1	2	3	4	5	6
5	Verii de gradul I ai depresivului	1	2	3	4	5	6
6	Alte rude de sânge ale depresivului	1	2	3	4	5	6

Q12. Din perspectiva duhovnicului, cum anume procedați atunci când cineva își destăinuie intenția de a renunța la viață?

Indicație: încercuiţi CEL MULT 3 variante, cele care sunt mai relevante.

1	Îndrum persoana doar după canoanele bisericești
2	Fac apel la cunoștințe (informații) din domeniul psihologiei
3	Mențin legătura strânsă cu persoana și urmăresc evoluția stării acesteia
4	Direcționez persoana către servicii psihologice și medicale specializate
5	Înștiințez familia pentru a atrage atenția asupra situației
6	Altfel. Cum anume? ……… …………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………..

Q13. Cât de credincioase considerați că sunt, la modul general, persoanele depresive?

1	2	3	4	5
Foarte credincioase	Credincioase	Potrivit	Puțin credincioase	Deloc credincioase

Q14. În decursul ultimului an, cât de des ați constatat că aceste persoane au venit la Biserică?

1	În fiecare duminică şi sărbătoare religioasă
2	De 2-3 ori pe lună
3	O dată pe lună
4	La Paşti şi la Crăciun (în posturile mari sau doar de sfintele sărbători)
5	Numai la evenimente (nunţi, botezuri, înmormântări)
6	Niciodată

Q15. Cât de utilă considerați că ar fi întocmirea unui *Ghid de pastorație a persoanelor depresive*, care să fie pus la dispoziția duhovnicilor?

Foarte utilă	Utilă	Potrivit	Puțin utilă	Foarte puțin utilă	Deloc utilă
1	2	3	4	5	6

La întrebările Q16, Q17 și Q18, sunt enumerate în tabele 5 categorii de persoane. Pentru fiecare dintre acestea, aproximați numărul enoriașilor *din intervalul 18-35 ani* care au mărturisit *în ultimul an* stările descrise sau care au comis sinuciderea, în funcție de variabila demografică respectivă.

Q16. După GENUL tinerilor în cauză:

		Masculin (nr. aprox.)	**Feminin** (nr. aprox.)
1	Persoane depresive, fără ideație sau tentativă de sinucidere		
2	Persoane cu ideație de sinucidere, fără tentativă		
3	Persoane cu tentativă de sinucidere – un singur episod		
4	Persoane cu tentativă de sinucidere – 2 sau mai multe episoade		
5	Persoane care să fi comis actul sinucigaș		

Q17. După VÂRSTA tinerilor în cauză:

		18- 20 ani (nr. aprox.)	**21-23 ani** (nr. aprox.)	**24-25 ani** (nr. aprox.)	**26-30 ani** (nr. aprox.)	**31-35 ani** (nr. aprox.)
1	Persoane depresive, fără ideație sau tentativă de sinucidere					
2	Persoane cu ideație de sinucidere, fără tentativă					
3	Persoane cu tentativă de sinucidere – un singur episod					
4	Persoane cu tentativă de sinucidere – 2 sau mai multe episoade					
5	Persoane care să fi comis actul sinucigaș					

Q18. După STAREA CIVILĂ a tinerilor în cauză:

		Necăsătorit (nr. aprox.)	**Căsătorit** (nr. aprox.)	**Divorțat** (nr. aprox.)	**Văduv** (nr. aprox.)
1	Persoane depresive, fără ideație sau tentativă de sinucidere				
2	Persoane cu ideație de sinucidere, fără tentativă				
3	Persoane cu tentativă de sinucidere – un singur episod				
4	Persoane cu tentativă de sinucidere – 2 sau mai multe episoade				
5	Persoane care să fi comis actul sinucigaș				

Cuprins

Duhovnicul şi provocarea tratării depresiei 5

Abordarea psiho-medicală a depresiei 23

Studiul fenomenului depresiei asupra populației adulte tinere din teritoriul canonic al Arhiepiscopiei Iaşilor 41

Anexă – Chestionarul sociologic aplicat 59

Redactor: Dragoş Dâscă
Corector: Marta Grădinaru
Tehnoredactor: Alina Andrei
Design copertă: Ştefan Pintilie
Prepress: Leonard Lunguleac
DTP: Claudiu Crupă

Bun de tipar: 2019. Apărut: 2019
Editura Doxologia, Cuza-Vodă 51, 700038, IAȘI
Tel.: 0232216693; Fax: 0232216694
http://edituradoxologia.ro
E-mail: editura@doxologia.ro
Editura.Doxologia